

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**Vicerrectoría de Investigación y Postgrado**  
**Facultad de Psicología**  
**Programa de Maestría en Psicología Clínica**

**Programa Terapéutico “Aventura Pirata” y su efecto en niños con TDAH**

**Por:**

**Roxana del Carmen Hernández Murillo**

**Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica**

**Panamá, 2019**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN CONDUCENTES A TESIS DE POSTGRADO**

**Programa de Maestría en:** Psicología Clínica

**Facultad de:** Psicología

**Número de Código:** CE-PT-327-14-06-18-179

**Nombre del estudiante:** Roxana del Carmen Hernández Murillo

**Cédula:** 8 – 464 - 570

**Título al que aspira:** Maestría en Psicología Clínica

**Tema de Tesis:** Efecto que tiene el programa Aventura Pirata en niños con trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

**Resumen Ejecutivo:** Es una investigación con un diseño de Pre experimental, con un grupo de niños entre 10 a 12 años de un colegio de la capital, que han sido diagnosticados con TDAH. Se busca disminuir el Déficit de Atención e Hiperactividad, a través de un Programa Terapéutico Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” y medir estadísticamente la efectividad del mismo.

**Nombre del Asesor:** **Magister Ricardo López**

Firma del Asesor: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_

**Proyecto Aprobado por:**

### Coordinador del Programa

**Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

**A mi familia, a mis hijos y esposo por todo el apoyo y la colaboración brindada en este proceso de crecimiento personal y profesional.**

## **AGRADECIMIENTO**

Son muchas las personas que han contribuido al proceso y conclusión de esta tesis.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por darme la vida y permitirme esta oportunidad de crecimiento personal. Dios tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba aprendo de mis errores y así poder mejorar como ser humano y crecer de diversas maneras.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, su amor, su bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Le agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes mi hermosa familia.

A mis hijos Demetrio y Diego, por su comprensión y solidaridad en el desarrollo de esta nueva etapa.

A mi esposo Demetrio quién fue un pilar importante en este proyecto, por sus palabras motivadoras, su apoyo en cada decisión tomada y su colaboración académica para que se culminara esta tesis.

A mi madre por sus oraciones y voz de aliento. Fue un motor motivacional para que cada día continuara en esta investigación sin tirar la toalla.

Al Dr. Ricardo López, director de esta tesis, quién creyó en este proyecto, me apoyo de manera personal e institucional y me alentó para que concluyera esta investigación. Su guía y experiencia dieron gran empuje para la finalización de este trabajo.

A mis amigos y compañeros, por acompañarme en todo este camino,

A los estudiantes que participaron en la terapia, a los padres de familia a la directora, las coordinadoras académicas y psicopedagógica de la institución educativa donde se llevó a cabo la intervención, gracias por creer en el proyecto.

Gracias a todas las personas que fueron partícipes de este trabajo, ya sea de una manera directa o indirecta, gracias a todos ustedes que fueron los responsables de realizar sus pequeños aportes, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de esta tesis.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue aplicar un programa de tratamiento a un grupo de estudiante diagnosticados con TDAH. Se utilizó un diseño pre experimental con pre test y post test. La muestra fue de 9 sujetos, entre 10 a 12 años de edad, de ambos sexos. Se aplicó la Terapia Cognitiva Conductual, “Aventura Pirata”, se basa en la teoría de auto instrucciones de Meincheinbaum por Andrés Sardinero (2017), en un formato grupal, por un período de 2 meses. La atención selectiva, dividida y sostenida y la impulsividad fueron evaluadas antes y después de la aplicación del tratamiento. Se utilizaron la escala de Conner para Padres, la escala de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) para maestros y el Test de Diferencias de Caras. Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos en el desempeño de los pacientes en las escalas de atención selectiva, sostenida, dividida y en la sub escala de hiperactividad. No hubo cambios estadísticamente significativos en el desempeño de los pacientes en las escalas de impulsividad- hiperactividad, índice de hiperactividad y en las escalas de déficit de atención. A pesar de esto, algunos estudiantes en su desempeño, su atención e impulsividad manifestaron cambios positivos.

## **ABSTRACT**

The objective of this investigation was to apply a treatment program to a group of students diagnosed with ADHD. The design was pre-experimental with pre- and post-test. The sample group were 9 students between the ages of 10 and 12 years old, both male and female, The Cognitive Behavioral Therapy “Aventura Pirata”, based on the theory of self instruction of Meincheinbaum by Andres Sardinero (2017), was applied, in a group format, for a period of 2 months. Selective, divided and sustained care and impulsivity were assessed before and after the treatment was applied. We used the Conner parent scale, the attention deficit and hyperactivity assessment (EDAH) scale for teachers and the face differences Test. The results show statistically significant changes in patient performance in the selective, sustained, divided care scales and the sub-scale of hyperactivity. There were no statistically significant changes. Some students in their performance, attention and impulsiveness manifested positive changes.

## INDICE GENERAL

### Contenido

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	v
INDICE DE TABLAS .....	x
INDICE DE GRAFICAS .....	xii
INDICE DE CUADROS .....	xiii
INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	3
CAPÍTULO I .....	4
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....	4
1.1. Antecedentes .....	5
1.2. Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) .....	9
1.2.1. Antecedentes históricos del TDAH.....	9
1.3. Definición del Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) .....	12
1.4. Causas del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) .....	16
1.4.1. Causas genéticas .....	17
1.4.2. Factores ambientales .....	18
1.4.3. Complicaciones o traumas durante el embarazo.....	18
1.4.4. Factores Psicosociales .....	19
1.5. Tipos de Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) .....	19
1.5.1. Trastorno por Déficit de Atención tipo con predominio Déficit de Atención con Hiperactividad .....	19
1.5.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo con predominio hiperactivo impulsivo. ....	20
1.5.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado .....	20
1.6. Características del TDAH .....	20
1.7. Criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM-V .....	22

1.8.	Manifestaciones de síntomas según la Edad .....	27
1.9.	Comorbilidad del TDAH con otros trastornos .....	28
1.9.1.	Trastornos emocionales .....	29
1.9.2.	Problemas de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.....	30
1.9.3.	Tics y Trastorno de Gilles de la Tourette.....	31
1.9.4.	Trastorno de aprendizaje y de la comunicación .....	31
1.9.5.	Problemas de Integración social .....	32
1.10.	Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	32
1.10.1.	Tratamiento Psicológico .....	33
1.10.2.	Tratamiento psicoeducativo .....	34
1.10.3.	Tratamiento no farmacológico en el hogar.....	34
1.10.4.	Tratamiento a utilizar a nivel educativo.....	36
1.10.5.	Tratamiento farmacológico.....	36
1.11.	Terapia Cognitiva Conductual .....	37
1.11.1.	Antecedentes históricos de la Terapia Cognitiva Conductual.....	37
1.11.2.	Las bases empíricas de la terapia cognitivo-conductual .....	38
1.11.3.	Tratamiento Cognitivo Conductual .....	39
1.11.4.	Características esenciales de la terapia cognitivo-conductual.....	39
1.11.5.	El objetivo de la terapia cognitivo-conductual.....	40
1.11.6.	Desarrollo la Terapia Cognitiva Conductual .....	40
1.11.7.	Fases de la Terapia Cognitivo Conductual.....	41
1.11.8.	Beneficios de la Terapia Cognitiva Conductual .....	41
1.11.9.	Principios básicos de la Terapia Cognitiva Conductual .....	42
1.11.10.	Tipos de Terapias Cognitivo Conductuales y técnicas empleadas .....	43
1.11.10.1.	Técnicas operantes .....	43
1.11.10.2.	Técnicas de exposición .....	44
1.11.10.3.	Técnicas de relajación y desensibilización sistemática .....	44
1.11.10.4.	Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento .....	44
1.11.10.5.	Técnicas cognitivas.....	44
1.12	Programa Aventura Pirata, sus bases cognitivas conductual.....	45
1.12.1	Finalidad y contexto .....	45
1.12.2	Fundamentación teórica .....	45



1.12.3	Autoinstrucciones.....	46
1.12.4	Fases del entrenamiento autoinstruccional.....	48
1.12.5	Descripción de las tareas del Aventura Pirata.....	48
1.12.5.1	Mapa pirata.....	48
1.12.5.2	Recuento de la tropa.....	49
1.12.5.3	Coordenadas .....	49
1.12.5.4	Inventario .....	49
1.12.6	Recomendaciones generales sobre la aplicación.....	50
1.12.7	El entrenamiento autoinstruccional en el marco de la terapia .....	50
CAPÍTULO II .....		52
MARCO METODOLÓGICO.....		52
2.1.	Planteamiento del Problema .....	53
2.2.	Hipótesis.....	54
2.3.	Objetivos .....	55
2.4.	Diseño de Investigación .....	56
2.5.	Variables.....	56
2.5.1.	Variable Independiente: Programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata .....	56
2.5.2.	Variable Dependiente: Déficit de atención e hiperactividad, atención selectiva, sostenida, dividida e impulsividad. ....	56
2.6.	Población y Muestra:.....	59
2.6.1.	Población.....	59
2.6.2.	Muestra .....	59
2.7.	Instrumentos de Medición y Evaluación .....	61
2.7.1.	Entrevista clínica .....	61
2.7.2.	Escala de Conners para padres: .....	61
2.7.3.	Caras-R Test de Percepción de diferencia – Revisadas .....	63
2.7.4.	Escala para la evaluación del Trastorno de déficit de Atención con hiperactividad – EDAH .....	63
2.8.	Limitaciones .....	64
2.9.	Análisis estadístico .....	65
CAPITULO III .....		66
RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....		66

CAPÍTULO IV .....	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	89
BIBLIOGRAFÍAS.....	93
ANEXOS .....	104

## INDICE DE TABLAS

Tabla No.1. Describe la distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	70
Tabla No.2. Aspectos descriptivos de la muestra de acuerdo a la edad, nivel educativo, tratamiento psicológico y grupo étnico de la muestra.....	71
Tabla No.3. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).....	72
Tabla No. 4. Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres obtenidos de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.....	74
Tabla No. 5. Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad.....	76
Tabla No. 6. Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Hiperactividad.....	78
Tabla No. 7. Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención.....	80
Tabla No.8. Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el pos-test del Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).....	83
Tabla No.9. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).....	83
Tabla No.10. Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.....	84

Tabla No.11. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.....	84
Tabla No.12. Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad.....	85
Tabla No.13. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad.....	85
Tabla No.14. Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad.....	86
Tabla No.15. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad.....	86
Tabla No.16. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención.....	87
Tabla No.17. Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención.....	88

## INDICE DE GRAFICAS

Gráfica No1. Describe la distribución de la muestra de acuerdo al sexo.....	71
Gráfica No.2. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).....	74
Gráfica No. 3. Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres obtenidos de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.....	76
Gráfica No. 4. Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad.....	78
Gráfica No. 5. Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Hiperactividad.....	80
Gráfica No. 6. Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención.....	82

## INDICE DE CUADROS

Cuadro no 1 Resumen de las definiciones del TDAH.....	14
Cuadro no 2 Conceptos del TDAH según diferentes autores.....	15
Cuadro no 3 Evolución del concepto de TDAH y sus características según diversos autores..	15
Cuadro no 4 Características de los niños con TDAH que puedan ocasionar dificultades en el aprendizaje.....	25
Cuadro no 5 Descripción de las autoinstrucciones.....	51
Cuadro no 6 Actividades y niveles del programa Aventura Pirata.....	60

## INTRODUCCION

El presente estudio evalúa los efectos de un programa de auto-instrucción y de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para niños que presentan Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La aplicación se realizó en grupo, con niños de 10 a 12 años de edad, con pre-tratamiento, con post-tratamiento.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en la actualidad es uno de los problemas neuropsiquiátricos más frecuentes en la edad infantil y tiende a asociar altas cifras de comorbilidad. A estos pacientes se le debe elaborar, que debe integrar varios aspectos: si es crónico, si existen otros trastornos psiquiátricos, tratamientos más eficaces. Incluir tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, preocupaciones de pacientes y familiares.

El manual diagnóstico elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (conocido como DSM-IV-TR y editado en el año 2000) establece una prevalencia de entre el 3 y el 7%, aunque el porcentaje de población afectada varía dependiendo de la fuente consultada. Se diagnostica más en niños que en niñas (en una proporción de 4 niños por cada niña), pero es probable que queden más niñas sin diagnosticar que niños, porque suelen causar menos problemas.

Es un trastorno crónico, de carácter neurobiológico y con un componente hereditario muy importante (si el padre o la madre lo padecen, los hijos tienen un 75% de probabilidades de padecerlo).

Los síntomas pueden dividirse en tres grandes grupos: desatención, impulsividad e hiperactividad.

El tratamiento del TDAH debe incluir el abordaje psicoeducativo de los padres, del niño y de su entorno (medio educativo), debe ser multimodal, en estrecha relación entre profesionales (médicos, psicólogos y profesores) y familiares.

En la actualidad existen muchas alternativas para el tratamiento de los pacientes con TDAH, aunque existe información donde nos muestran que la individualización del tratamiento es la base de su éxito, ya que hasta la fecha no se dispone del tratamiento universalmente eficaz. Los tratamientos para esta población son más efectivos, si se inician a penas se observan la aparición de los síntomas del TDAH, pues así se evita que los niños experimenten

frustraciones, que presenten una imagen deteriorada de sí mismo, calificaciones deficientes y problemas de conducta.

En la actualidad existen muchas alternativas para el tratamiento de los pacientes con TDAH, aunque existe información donde nos muestran que la individualización del tratamiento es la base de su éxito, ya que hasta la fecha no se dispone del tratamiento universalmente eficaz. Los tratamientos para esta población son más efectivos, si se inician a penas se observan la aparición de los síntomas del TDAH, pues así se evita que los niños experimenten frustraciones, que presenten una imagen deteriorada de sí mismo, calificaciones deficientes y problemas de conducta.

Para hacer el diagnóstico, algunos de estos síntomas se tienen que mostrar al menos en dos ambientes distintos, por ejemplo, en casa y en el colegio, tienen que aparecer antes de los siete años, tener una duración de más de seis meses, y deteriorar de forma significativa el funcionamiento a nivel social o académico.



## **JUSTIFICACION**

En nuestro país, el tratamiento del trastorno del Déficit de Atención e hiperactividad se ha enfocado desde el ámbito educativo - médico. Instituciones como escuelas, policlínicas y centros de salud en el que se atiende a estos pacientes poseen los medicamentos necesarios y se realizan intervenciones psicológicas como parte de su tratamiento. Es importante reconocer que para que el paciente logre un mejor funcionamiento académico, conductual y social, generalmente se requiere trabajar los tres componentes: la hiperactividad, el déficit de atención y la conducta.

Por tal razón, esta investigación pretende mejorar el trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad de los pacientes de una escuela particular de la capital, utilizando los recursos que ofrece la psicología y basado en un programa de tratamiento que aún no tiene resultados observables, por su reciente creación. La finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará la investigación es lograr mayor relevancia a la atención psicológica de los pacientes con TDAH, basado en evidencia plasmadas en diversas investigaciones realizadas y en la que se tome en cuenta no sólo la parte médica, también la psicológica. No se pretende demostrar la ineficacia de la medicación, sino que ésta debe estar acompañada, tomando en cuenta las necesidades del paciente, el tratamiento psicológico para los trastornos de déficit de Atención e Hiperactividad.

Los resultados de este estudio se diseminarán principalmente a través de la base de datos de tesis de Maestría que ofrece la Universidad de Panamá. De esta manera otros investigadores tanto nacionales como internacionales podrán tener acceso a los resultados. Los resultados se utilizarán para dar mayor evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo conductual (Aventura Pirata) de los pacientes con TDAH para promover la aplicación de este programa de tratamiento por parte de psicólogos y terapeutas idóneos que ofrecen atención a esta población en los servicios de hospital, centros educativos que cuenten con psicólogos y centros de salud.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

## 1.1. Antecedentes

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que inicia en la infancia y que afecta entre un 3% al 7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuadas a la edad de desarrollo. (APA, 2001).

Según Barkley, (2006), el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos y neurobiológicos en niños y adolescentes más prevalentes y es uno de los motivos más frecuentes por los que los niños son remitidos al pediatra, neuropediatra o equipo de salud mental.

DuPaul et al (1998), mencionan que entre el 2 % y el 30% de la población general padecen este trastorno; Buitelaar et al (1996), sitúan entre el 4% y el 17% con un elevado grado de variabilidad en función de la estrategia utilizada, los criterios clínicos y los puntos de corte aplicados, la edad, el sexo y las características socio demográficas.

Brown et al (2001), sitúa la tasa de la población general de 6 a 12 años entre el 4% y el 12%; el subtipo con predominio inatento se presenta con mayor frecuencia, extendiéndose entre el 4,5% y el 9,0% de la población infantil, mientras que el subtipo combinado representa el 1,9% al 4,8 % y el hiperactivo impulsivo representa el 1,7% al 3,9%. (Brown, 2000). Barbaresi et al (2002), en un estudio en ambiente hospitalario, sitúa la tasa entre el 7% y el 16%; Cornejo et al (2005), en una muestra de niños colombianos la sitúa alrededor del 16%.

En Europa se calcula que en la Unión Europea un 5% (3,3 millones de habitantes) de niños y adolescentes entre 6 y 17 años padece TDAH (Wittchen, 2010). Según Catalá (2012), la prevalencia en España es de 6,8%. Polanczyk (2007), calcula que la prevalencia global del TDAH es de 5,29% en niños en edad escolar. Según Cornellá (2010), en Latinoamérica existen al menos 36 millones de personas con TDAH y menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal; sólo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7% tratamiento farmacológico adecuado, lo cual enfatiza la problemática diagnóstica y terapéutica que se tienen en los países. En Colombia un estudio realizado por Criado Et al en 2003 mostró una prevalencia del 15%. En España la tasa de prevalencia oscila entre el 2 y 6% (Criado y Romo, 2003).

Según un estudio realizado por las doctoras Gabrielle Britton, Emelyn Sánchez y Silvia Velarde en 2009, la prevalencia del TDAH en Panamá es de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo–impulsivo y un 2.3% de tipo combinado. (Rosenshain, 2015).

Los índices de prevalencia varían según los informantes. La tasa de prevalencia cuando los informantes eran los padres y/ o profesores, oscilaba entre un 5% y un 10% en EEUU (Scahill y Schwab-Stone, 2000), en Canadá entre el 3 y el 9% (Szatmari, Offord, y Boyle, 1989), en China entre el 6% y el 9% (Leung et al., 1996), en Australia entre el 1% y el 9% (Gómez, Harvey, Quick, Scharer, y Harris, 1999), en Brasil entre el 3% y el 18% (Guardiola, Fuchs, y Rotta, 2000), en Colombia entre el 12% y el 20% (Pineda et al., 1999), y en los Países Bajos entre el 1% y el 3% (Verhulst, van der Ende, Ferdinand, y Kasius, 1997); por otro lado cuando el informante es el propio sujeto, los índices de prevalencia parecen estar entre el 2,9% y el 3,9% en EEUU, entre el 0% y el 7,4% en Italia, y entre el 1,7 y el 8,1% en Nueva Zelanda (DuPaul et al., 2001).

Estudios realizados por Criado y Romo, (2003), indican que la prevalencia del TDAH varía según las edades que son estudiadas, el subtipo de trastorno y el género de la muestra. En este sentido, comúnmente se acepta que es un trastorno más prevalente en varones que en mujeres, cuyo porcentaje es entre 2,5% y 5,6%.

Estudios realizados por Arnold, (1996), arrojaron que en ambos sexos el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay mayor porcentaje de niñas, y los síntomas de hiperactividad e impulsividad aparecen en mayor en los niños. La sintomatología no se detecta de la misma manera en niños que en niñas, ya que los niños presentan una sintomatología más disruptiva.

Knellwolf et al (2008), mencionan que las diferencias por sexo tienen que ver más con las escalas de valoración utilizadas, que no incluyen ítems específicos de comportamiento para niñas, que con un perfil específico en función del sexo.

La evidencia que se obtiene a partir de estos estudios sugiere que las niñas y los niños con TDAH comparten las características típicas del trastorno (inatención, impulsividad/hiperactividad), tasas altas de fracaso escolar, comorbilidad con trastornos del humor y de ansiedad, etc. (Barkley, 1989).

Willcutt (2012), realizó un meta-análisis que estuvo basado en 86 estudios de niños y adolescentes (N=63.688) y 11 estudios de adultos (N=4.112). Las estimaciones de prevalencia de los estudios particulares mostraron variaciones, los resultados del meta-análisis sugieren que cuando se aplican los criterios DSM-IV la prevalencia del TDAH oscila entre 5.9% y 7.1%. Estimaciones similares en adultos reportaron una prevalencia del 5%. No se encontraron diferencias en prevalencia significativas entre países, una vez controladas las diferencias en los algoritmos diagnósticos utilizados para definir TDAH, un argumento en contra de la hipótesis que defiende que el TDAH es un constructo cultural. El TDAH-subtipo Inatento en este estudio era el subtipo más común en todas las muestras, con la excepción de los niños preescolares. Las muestras con una remisión clínica incluían una proporción superior de individuos con TDAH-subtipo combinado, lo cual sugiere que las manifestaciones de este subtipo provocan en mayor grado la consulta clínica que las manifestaciones del subtipo Inatento o del subtipo Hiperactivo-Impulsivo.

Al analizar los subtipos de TDAH se encontraron diferencias en la prevalencia, el subtipo combinado parece ser más frecuente (52,2%) que el inatento (34,8%) y que el hiperactivo-impulsivo (13%) (Barbaresi et al., 2004).

Biederman et al. (2002). Presentaron la frecuencia en porcentaje de los subtipos de TDAH según géneros, el subtipo combinado se presentaba más frecuentemente en niños que en niñas (80% frente al 65%, respectivamente); el subtipo inatento era más frecuente en niñas que en niños (30% frente al 16%, respectivamente); el subtipo hiperactivo-impulsivo, siendo el menos frecuente de los tres, se encontraba tanto en las niñas (5%) como en los niños (4%).

En niños, se ha estimado que aproximadamente entre un 45% y un 73% de los niños con diagnóstico de TDAH presentan otros problemas de tipo comportamental o emocional (Bauermeister et al., 2007).

Miranda, Presentación y López (1995), la mayoría de los niños con TDAH presentan un bajo rendimiento académico, a pesar de mostrar un nivel intelectual normal. Los estudios muestran la relación entre TDAH y las necesidades educativas especiales, en el caso de estudiantes con TDAH de 4º y 5º de Primaria se encontraba que un 21.4% de ellos asistía a aulas de educación especial; el 42% había repetido uno o más cursos; el 48% experimentaba en esos momentos problemas de rendimiento; y el 81.6% necesitaba ayuda diaria para hacer sus deberes.

Se estima que los trastornos del aprendizaje están presentes en aproximadamente un 10% de la población infantil general, y en el caso concreto de niños con TDAH, se supera esta tasa. Se estima que uno de cada cuatro niños con TDAH presenta dificultades de aprendizaje, y a la inversa, entre el 20% y 25% de niños con TDAH presenta además una dificultad específica en el aprendizaje, aunque se han encontrado tasas de entre el 17% y el 38% dependiendo del criterio que se utilice para la definición de las dificultades de aprendizaje (Semrud-Clikeman et al., 1992).

Los principales factores que se han relacionado con una mayor predisposición a desarrollar TDAH se refieren a complicaciones durante el embarazo y el parto, el bajo peso al nacer, el consumo de nicotina o alcohol durante el embarazo (Langley et al., 2005). Entre las complicaciones durante el embarazo y el parto se destacan: eclampsia, el estrés fetal, una mala salud de la madre y las complicaciones que conllevan hipoxia (Strang-Karlsson et al., 2008).

Del 15% al 20% de las madres y el 20% al 30% de los padres con hijos con TDAH padecen a su vez el trastorno (Alberts-Corush et al. 1986); el 26% de los hermanos de niños con TDAH también presenta los síntomas (Barkley, 2006); en lo relacionado con gemelos se estima que el 30% al 33% de los gemelos dicigotos y el 50% al 51% de los monocigotos tienen TDAH (Cunningham & Barkley, 1978).

En estudios sobre la heredabilidad se encontró que los familiares de primer grado (padres o hermanos) de pacientes con TDAH muestran un mayor riesgo de presentar también el trastorno (Faraone et al., 2005), teniendo entre 2 y 8 veces más probabilidades de padecerlo

(Faraone y Doyle, 2000). Por otro lado, el riesgo de que un niño padezca TDAH si uno de los padres lo padece, oscila entre el 60% y el 90% (Brookes et al., 2006).

En dos meta análisis realizados, uno por Biederman et al (1992) y otro por el grupo de Faraone et al (2005), se estimó que la heredabilidad media del TDAH entre gemelos alcanzaba el 76%. Otros estudios más recientes sitúan este porcentaje de heredabilidad entre gemelos entre el 50% y el 80% en gemelos monocigóticos, y entre el 30% y 40% en gemelos heterocigóticos (Ramos-Quiroga et al., 2007).

Se ha descrito una mayor heredabilidad para los síntomas de hiperactividad-impulsividad del 88%, que para los de inatención del 79% (McLoughlin et al., 2007). En cuanto a los estudios de adopciones se confirma que el TDAH es más frecuente entre familiares biológicos de sujetos con TDAH que en los adoptivos (Sprich et al., 2000).

## 1.2. Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

### 1.2.1. Antecedentes históricos del TDAH

TDAH son las siglas que se utilizan para nombrar al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El termino TDAH es bastante reciente, sin embargo, Los síntomas del TDAH fueron descritos por primera vez en 1845, por Heinrich Hoffmann que era médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, quien escribió la obra titulada “*Der Struwwelpeter*” (Pedro el Melenas), el cual era un conjunto de 10 cuentos sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. Destaca la historia que habla de las dificultades de atención e hiperactividad de “Felipe Nervioso”, cuyos personajes parecen ser el Sr. y la Sra. Hoffman y el hijo de ambos. (Déu, 2010).

Ireland (1877), citado en García (1997), describió este patrón de comportamiento en su libro *Medical and Education Treatment of various forms of idiocy*. Bourneville en 1897 describió a niños con inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes, indisciplinados, a los que llamó “niños inestables”

En 1902, el pediatra británico George Still en su artículo publicado en la revista “The Lancet”, describió a un grupo de 20 niños con síntomas similares a los que hoy en día podrían ser diagnosticados con TDAH de tipo combinado: estos niños presentaban características como: movimientos repetitivos, conductas inaceptables, nada les preocupaba y eran irritantes; manifestaban una gran falta de atención y parecían carecer de “control sobre su conducta”. Debido a estas dificultades para controlarse, Still se refirió a este conjunto de síntomas como un “Defecto de Control Moral”. Este autor supuso que era una enfermedad neurológica que no se debía a una mala crianza, sino que más bien era producto de una herencia biológica o de una lesión en el momento del nacimiento. (Déu, 2010).

Heuyer (1914), fue uno de los primeros autores que atribuyeron la hiperactividad a la categoría de síndrome, él hablaba de la asociación encontrada entre varios de los síntomas tales como el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento malicioso y la tendencia de estos chicos a desembocar en el comportamiento delincuente.

En los años ochenta se reconocía el impacto negativo que este trastorno tenía en el desarrollo académico y social, por lo que se convirtió en uno de los trastornos más estudiado en niños.

Según García (2011), en E.E.U.U. los expertos cambiaron el foco de atención hacia el síntoma de la hiperactividad, donde el manual de clasificación diagnóstica DSM II (APA, 1968) introdujo por primera vez la categoría “reacción hipercinética de la infancia”.

Posteriormente en el DSM-III (APA. 1980) cambió el nombre a Trastorno por Déficit de Atención, priorizándose por primera vez la limitación que provocaban los síntomas de la inatención, el cual describía dos dimensiones: con o sin hiperactividad. Nuevamente la evidencia volvía a enfatizar la importancia de la hiperactividad e impulsividad como una dimensión fundamental del trastorno, recibiendo el nombre de trastorno hiperactivo con déficit de atención en el DSM-III-TR (APA, 1987). Esta denominación reformuló el diagnóstico adoptando una lista única de síntomas para su criterio diagnóstico, bajo la visión de que estos tres síntomas (inatención, hiperactividad e impulsividad) eran todos a la vez claves en el diagnóstico en una esfera unidimensional. Finalmente el rol de los estudios sobre déficits neurocognitivos fue crítico y pusieron nuevamente a la inatención al centro del desorden.



En el DSM-IV (APA, 1994) este trastorno se le conoce como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), nombre que se mantuvo en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y que hace diferencia en 3 subtipos: predominantemente inatento (TDAH-IA), predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) y mixto (TDAH-C), que da como resultados la creación de dos dimensiones fundamentales del trastorno, divididas en inatención e hiperactividad-impulsividad respectivamente.(García, 2011).

En la década de los 40, Alfred Strauss investigó sobre dificultades del aprendizaje, este autor le dio importancia a la hiperactividad. Para Strauss, las perturbaciones en la conducta de los niños podrían atribuirse a lesiones cerebrales. Esto provocó dos consecuencias importantes: estimuló la investigación sobre mecanismos causales insospechados y ayudó a los niños con perturbaciones y a sus padres.(Bio, 2005).

En 1980, describe Kernberg el trastorno como "Patrón persistente de excesiva actividad frente a situaciones que requieren de una ejecución motora restringida". Las conductas que se provocan no tienen una finalidad y su frecuencia no son las esperadas para la edad. (Bio, 2005).

Para 1987, se vuelve a modificar el término y se le denomina como "trastorno por déficit de atención con hiperactividad". (Bio, 2005)

Estudios muestran que el TDAH está presente en cerca del 10% de los niños entre 4 y 17 años (15% en los niños y 7% en las niñas). La forma hiperactiva es cuatro veces más común en los niños que en las niñas. En la forma inatenta, el predominio masculino es un poco menor, siendo "solamente" dos veces más comunes que en las niñas. (Phinheiro, 2018).

Actualmente se han realizados muchas investigaciones referentes al trastorno de déficit de atención, por esta razón una gran cantidad de material bibliográfico en donde refieren los diferentes términos que se le han dado a un niño o niña que presenta estas características, los más comunes son "hiperactividad", "hipercinesia", "trastorno impulsivo hiperkinético", "síndrome del niño con lesión cerebral", se pensó que el trastorno tenía causas cerebrales, pero luego se descubrió que no había tal daño y se nombró como una "disfunción cerebral". Las investigaciones continuaron y se redefinió el concepto a "síndrome de hiperactividad del niño". (Bio, 2005).

### 1.3. Definición del Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuro conductual común en la infancia, caracterizado por hiperactividad, impulsividad y/o falta de atención que son desproporcionados a la edad del niño e intensos lo suficiente para afectar su funcionamiento cognitivo, académico, conductual, emocional y social.(Phinheiro, 2018).

Según Barkley (1995), definió el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad como “Déficit para inhibir la conducta prepotente”.

Barkley (2002), define el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) “es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan”.

Barkley (2002), señala que el déficit de atención sin hiperactividad (por sus siglas TDA), generalmente es descrito como un niño miedoso, ansioso y que parece estar soñando despierto o en la luna. Entre las descripciones que hacen los padres sobre los niños son: niños aletargados, perezosos o lentos en sus movimientos y cuyas características no están de ninguna manera vinculadas a la hiperactividad.

Lawlis (2004), establece una diferencia entre lo que es el trastorno del déficit de atención (sin hiperactividad) y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Menciona que el término trastorno de déficit de atención sin hiperactividad es conocido típicamente como la pérdida de las habilidades para mantener la atención, mientras que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se refiere a la conducta hiperactiva que a menudo es atribuida a la pérdida de concentración.

Orjales Villar (2002) citado por González (2006), en su libro Déficit de Atención e Hiperactividad: Manual para Padres y Estudiantes, lo define como un trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesiva, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años y comienza a remitir durante la adolescencia.

El Childrens and Adults with Deficit and Attention Disorder (CHADD), definen el trastorno de déficit de atención e hiperactividad como una condición médica, de base psiquiátrica y neurológica que afecta de un 3% al 9% de los niños de edad escolar. Este trastorno interfiere en las diversas áreas del desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño, entre ellas se encuentran: el área académica, las relaciones interpersonales, la autoestima y más tarde el funcionamiento ocupacional. Las características principales son la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, la hiperactividad inapropiada, si ésta es comparada con la etapa de desarrollo del niño, (Delgado Castro, 2003).

Según Lawlis (2004), menciona el déficit de atención con hiperactividad como una condición en la que el cerebro del niño no funciona normalmente. Subraya que esto no implica una señal de inteligencia inferior, como tampoco es un impedimento ni resulta en una personalidad dañada, tendencias criminales, conducta inmoral, no necesariamente supone un impedimento de aprendizaje, ni una marca de inmadurez mental; aunque tales condiciones puedan coexistir con el trastorno. La mayoría del tiempo, los problemas del trastorno se relacionan con el funcionamiento del cerebro a escalas bajas.

La clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-10), define el déficit de atención e hiperactividad “como un síndrome que requiere la presencia de ambos rasgos”. El paciente debe presentar al menos 6 síntomas de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad que provoquen disfunción al menor en dos ambientes. (OMS, 1992).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el término por el cual se denomina al síndrome caracterizado por 3 síntomas nucleares: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Fue el pediatra inglés Still, en 1902, quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y problemas conductuales, a los que eran considerados como niños "distintos", incontrolables, problemáticos; adjetivos que aún se emplean en la actualidad para describirlos. (Portela, 2016).

**CUADRO No. 1.****Resumen de las definiciones del TDAH**

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Definición</b>
<b>Hoffman</b>	1845	Primer relato de cuento
<b>Hoffman</b>	1847	Descripción de síntomas del cuento Phil
<b>Still</b>	1902	Defecto del control de ora
<b>Hohman Kant</b>	1920, 1930	Lesión cerebral humana
<b>Straus</b>	1947	Lesión cerebral mínima
<b>Cohen</b>	1957	Síndrome hiperkinético
<b>DSM-II</b>	1968	Trastorno hiperkinético compulsivo
<b>DSM-III</b>	1980	Trastorno por déficit de atención (sin hiperactividad)
<b>DSM-III R</b>	1987	Apartado de trastorno por conductas perturbadoras (integración)
<b>DSM-IV</b>	1994	Apartado por Déficit de Atención y Comportamiento perturbador (3 subtipos)
<b>DSM-IV R</b>	2002	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (3 subtipos)
<b>DSM-V</b>	2014	Trastorno del desarrollo neurológico

Tomado de X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica, tesis: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases y la tesis: Efectos de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual a niños/as con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el Centro de Educación Básica General Los Algarrobos Dolega Chiriquí.

**Cuadro N° 2****Conceptos de TDAH según diferentes autores**

<b>Autores</b>	<b>Concepto</b>
<b>Still (1902)</b>	Defectos del Control Moral.
<b>Philippe y Boncour (1907)</b>	Escolar Inestable.
<b>Tredgold (1908)</b>	Deficientes Mentales, grupo de no idiotas.
<b>Hohman (1922), Ebaugh , (1923)</b>	Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz.
<b>Streker y Ebaugh (1924)</b>	Trastorno de Conducta Postencefálico
<b>Khan y Cohen (1934)</b>	Síndrome de Impulsividad Orgánica.
<b>Strauss y Lethinen (1947)</b>	Síndrome de Lesión Cerebral
<b>Clements y Peters (1962)</b>	Disfunción Cerebral Mínima
<b>DSM-II (1968)</b>	Reacción Hiperkinética en la infancia y la adolescencia
<b>Douglas (1972)</b>	Déficit Atencional.
<b>OMS( 1975); CIE-9</b>	Síndrome Hiperkinético de la Infancia.
<b>APA (1980) DSM-III</b>	Trastorno por Déficit de atención con o sin Hiperactividad.
<b>APA(1987) DSM-III-R</b>	Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad.
<b>OMS (1992) CIE-10</b>	Trastornos Hiperkinéticos.
<b>APA (1994); DSM-IV APA (2000); DSM-IVTR APA (2014); DSM-5</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Elaborada por Hernández R. (2018) con base en Hernández M (2016).

**Cuadro N° 3*****Evolución del concepto de TDAH y sus características según diversos autores***

<b>Autor</b>	<b>Definición</b>	<b>Características</b>
<b>Still (1902)</b>	Defectos en control moral.	Temperamento violento Revoltosos, inquietos y destructivos. Incapacidad de mantener atención.
<b>Tredgold (1908)</b>	En grupo deficiencia mental (no idiocia)	Hipercinesia. Disminución/ excesivo nivel de actividad. Problemas de coordinación.
<b>Rodríguez Lafora (1917)</b>	Perturbación	Actividad inusitada. Nerviosos, indisciplinados, inquietos. Incapacidad para dominar sus reacciones.
<b>Hohman y Ebaugh (1922) y Ebaugh (1923)</b>	Síndrome de inestabilidad psicomotriz	Secuelas neurológicas y conductuales. Síntomas de disfunción cerebral ligera. Indiferencia, exhibicionismo
<b>Streker y Ebaugh (1924)</b>	Trastorno de conducta postencefálico.	Inestabilidad emocional. Irritabilidad. Tendencia a la mentira y el robo. Desaliñados, desordenados.
<b>Kahn y Cohen (1934)</b>	Síndrome de Impulsividad Orgánica.	Hiperactividad. Impulsividad. Conducta antisocial.
<b>Clements y Peters (1962)</b>	Disfunción Cerebral Mínima.	Déficit general en coordinación. Trastorno de atención. Trastorno de memoria.
<b>DSM-II (APA, 1968)</b>	Reacción Hipercinética en la infancia y la adolescencia	Sobreactividad Inquietud Espacios cortos de atención.
<b>Douglas (1972)</b>	Déficit atencional.	Dificultad para detenerse y observar. Incapacidad para mantener la atención. Impulsividad
<b>DSM-III (APA, 1980)</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	No acaba las cosas que empieza. No parece escuchar. Se distrae con facilidad.
<b>DSM-III-R (APA, 1987)</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.	Dificultad para guardar su turno. Frecuencia de respuestas precipitadas. Dificultad para seguir instrucciones.
<b>CIE-10 (1989, 1992)</b>	Trastorno de la actividad y atención.	Falta de persistencia en actividades que requieren procesos cognoscitivos.

	Trastorno hiperkinético disocial.	Tendencia a cambiar de una actividad a otra. Actividad desorganizada. Interrupción prematura de la ejecución de tareas. Suelen dejar actividades sin terminar.
<b>DSM-IV (APA, 1994)</b> <b>DSM-IV-TR (APA, 2000)</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Dificultades para mantener la atención. Parece no escuchar. No sigue instrucciones. Dificultades para organizar tareas.
<b>DSM-5 (APA 2013)</b>	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	Inatención. Falla en prestar la debida atención a los detalles Dificultad para organizar tareas.

Elaborada por Hernández R. (2018) con base en Roca P. (2014).

#### 1.4. Causas del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Según García Lara et al (2006), el TDAH es considerado como un síndrome en el que convergen distintos factores causales y trastornos comorbidos asociados. Las causas son múltiples, destacando las relacionadas con la herencia y las asociadas a diversas complicaciones prenatales y perinatales.

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es una alteración de origen neurobiológico de inicio en la infancia caracterizado por la presencia de niveles clínicos de inatención y/o de hiperactividad-impulsividad (Cornejo et al., 2005).

Bitaubé et al. (2009) señalan que las causas de este trastorno son múltiples, destacando las relacionadas con la herencia y las asociadas a diversas complicaciones prenatales y perinatales.

Inostroza, (2007), señala que las teorías que cuentan con mayor evidencia actualmente en la comunidad científica respecto a su etiología contemplan una causa genética y neurológica.

Sibón (2010), menciona que las verdaderas causas de este trastorno aún no están claras y que por tanto, lo más razonable es pensar que en algunos casos de hiperactividad predominan las causas biológicas, en otros las ambientales y en otros una mezcla de ambas.

La tecnología ha aportado en cuanto al estudio del TDAH, por ejemplo en los estudios de imagen de la estructura del cerebro de niños con y sin TDAH que demuestran diferencias significativas en muchas áreas, presentan alteraciones como: menor volumen cerebral y cerebelar y reducción del espesor del córtex en varias regiones, principalmente pre-frontal y frontal.(Phinheiro, 2018).

Barkley (1999), sostiene que cuando los sistemas cerebrales funcionan inadecuadamente, como es el caso de los niños con TDAH, los niveles de autocontrol y de la fuerza de voluntad se ven imposibilitados.

#### 1.4.1. Causas genéticas

Los estudios demuestran evidencias que el TDAH es causado en gran medida por factores genéticos, en comparación con otros trastornos psiquiátricos.

Hay investigaciones que indican que el riesgo de padecer un TDAH es de 2 a 5 veces mayor para los familiares de primer y segundo grado de los pacientes, con dicho trastorno. (Portela, 2016).

Un niño con este trastorno a menudo tiene un familiar que lo padece, quien podría ser uno de sus padres, un hermano, un abuelo u otro pariente con historial de conductas similares (Rief, 1999).

Barkley (2002), menciona que aproximadamente 40% de todos los jóvenes con TDAH, tienen por lo menos un familiar con esta condición. Esto hace del TDAH un desorden de la niñez que con mayor frecuencia se vincula a factores hereditarios.

Scandar (2003), señala que la gran mayoría de las investigaciones sugiere que el TDAH es altamente hereditario en su naturaleza, siendo éste uno de los enfoques mejor fundados.

Los estudios en gemelos descubren que la concordancia en monocigóticos duplica o triplica a la que se encuentra en dicigóticos; e indican además que la heredabilidad del componente

hiperactivo/impulsivo sería algo menor que la del síndrome de inatención. Los estudios de adopción refrendan las mismas conclusiones. (Portela, 2016).

Se han revelado tasas de concordancia de 25 a 40 % para gemelos dicigóticos o "mellizos" y de 80 % para gemelos monocigóticos o idénticos. Los distintos estudios familiares le asignan al TDAH una heredabilidad de casi 80%. (Portela, 2016)

Levy, et. al. (1997), citado en Scandar (2003), dice que el TDAH es cuatro veces más frecuente en las familias en las que existe un miembro que padece este trastorno; si se trata de gemelos idénticos, la frecuencia es aún más alta, lo que sugiere firmemente la validez de la hipótesis genética.

#### 1.4.2. Factores ambientales

Investigaciones han demostrado que los factores ambientales no son suficientes para que surja el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, pero influyen en su gravedad, su pronóstico, y en la aparición de trastornos comórbidos. Hay información acerca de las posibles implicaciones de diversas sustancias alimentarias (colorantes, conservantes, exceso de azúcar) en la aparición de dicho trastorno. (Portela, 2016).

#### 1.4.3. Complicaciones o traumas durante el embarazo

Las complicaciones durante el embarazo y el parto (toxemia materna, sufrimiento fetal, prematuridad) se han relacionado también con la aparición de TDAH. Sobre todo, aquellas asociadas a hipoxia fetal. Entre los factores prenatales, una de las relaciones mejor establecidas es la que se ha encontrado entre la aparición del TDAH y el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo. Algún estudio ha relacionado los traumatismos craneoencefálicos infantiles con la aparición de TDAH. Cuanto más precoces y más severos, mayor sería la frecuencia de esta. (Moraga, 2008).

Entre los principales factores que se han relacionado con una mayor predisposición a desarrollar TDAH se refieren a complicaciones durante el embarazo y el parto, el bajo peso al nacer, el consumo de nicotina o alcohol durante el embarazo (Langley et al., 2005).

Kim-Cohen et al (2005), sugieren que el riesgo estaría en la interacción entre la madre deprimida y su hijo, que potenciaría las dificultades del niño para controlar sus emociones a largo plazo.



#### 1.4.4. Factores Psicosociales

Los factores psicosociales (nivel socioeconómico, trastorno mental o conductas delictivas de los padres), y factores relacionados con el funcionamiento familiar (conflicto familiar crónico, bajo apoyo familiar), influirían como pre disponentes para la patología infantil, en la gravedad de la expresión clínica, en el pronóstico, y también favoreciendo la aparición de ciertos trastornos comórbidos. (Moraga, 2008)

Según Clark et al. (2004), señalan que el consumo de drogas en los padres se asocia a un mayor riesgo de que el hijo presente un trastorno de conducta e incluso parece incrementar el riesgo de consumo en el hijo.

Hill (2002), menciona que la violencia intrafamiliar actúa como factor de riesgo para los problemas de conducta, independientemente del grado de conflictividad y la calidad de la relación entre padres e hijos

Peña y Montiel-Nava (2003), señalan que los factores psicosociales asociados a mayor prevalencia de TDAH se encuentran los entornos urbanos desfavorecidos, los ambientes de pobreza y exclusión social, el entorno escolar desorganizado a un empeoramiento de la conducta del niño, absentismo escolar y mayor fracaso en los resultados y aunque no se ha demostrado una relación causal entre el TDAH y los medios de comunicación, sí parece que la proliferación de modelos de refuerzo externo inmediato (los videojuegos, televisión, internet, entre otros) dificulta el entrenamiento de la atención sostenida, la demora de recompensas, las estrategias reflexivas y el autocontrol.

#### 1.5. Tipos de Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En el Manual de Diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales (DSM-V, 2013) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), encontramos la siguiente clasificación del TDAH: (APA, 2013):

##### 1.5.1. Trastorno por Déficit de Atención tipo con predominio Déficit de Atención con Hiperactividad

Presentación en la que predomina la falta de atención: Si se presentaron suficientes síntomas de falta de atención, pero no de hiperactividad/impulsividad, durante los últimos seis meses.

Entre sus síntomas están: falla en prestar la debida atención a detalles por lo que se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades, tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, en ocasiones parece no escuchar cuando se le habla directamente, con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales, tiene dificultad para organizar tareas y actividades, evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, pierde cosas necesarias para tareas o actividades, se distrae con facilidad por estímulos externos, con frecuencia olvida las actividades cotidianas. Es decir, que los síntomas principales son los de inatención.

#### 1.5.2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo con predominio hiperactivo impulsivo.

Entre sus síntomas con frecuencia juguetea con la mano o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento, se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado, corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado, es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas, en ocasiones está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”, habla excesivamente p responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, le es difícil esperar su turno, interrumpe o se inmiscuye con otros. La conducta que predomina son los de hiperactividad e impulsividad.

#### 1.5.3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado

Es una combinación de inatención, hiperactividad e impulsividad durante los últimos 6 meses.

### 1.6. Características del TDAH

El día a día de los niños con TDAH se ve afectado por una diversidad de dificultades a nivel académico, conductual que son originados por la misma sintomatología del trastorno, provocando retrasos académicos significativos, aunque tengan la capacidad.

Los niños con TDAH presentan características que influyen en el aprendizaje: Inhiben estímulos para la tarea, se apresuran en el trabajo, no memorizan lo que deben, por una lectura precipitada, dificultades para mantener el nivel atencional en el seguimiento de instrucciones.

Éstas acciones provocan déficit en áreas determinadas como: matemática, escritura, lectura, habla, que sin un tratamiento oportuno pueden convertirse en trastornos graves como: la disortografía, la discalculia, la disgrafía y otros asociados a la lectura. (Valencia, 2018).

- Lectura: los niños con TDAH no comprenden lo que leen, omiten letras o palabras, añaden palabras, tarda más tiempo para realizar la lectura y la incorrecta pronunciación de las palabras, a causa de la rapidez con que lee.
- Cálculo y Matemática: los niños con TDAH tienen dificultad para convertir lo concreto en abstracto, para utilizar el pensamiento lógico, es decir, para imaginarse el enunciado de un problema (no hace la abstracción de los datos).
- Escritura: presentan dificultad en la psicomotricidad fina, que afecta su coordinación, y se refleja en actividades manuales como: colorear, cortar, jugar con piezas pequeñas y en la caligrafía.
- Habla: en estos niños su pensamiento es más rápido que su habla, ocasionando una desorganización en las ideas. (Valencia, 2018).

La hiperactividad se caracteriza por una actividad y movimiento exagerados, inquietud, incapacidad para permanecer sentado en situaciones en las que es necesario hacerlo, verborrea y dificultad para jugar tranquilamente. La impulsividad se expresa, a menudo, como dificultades para guardar turno, responder antes de oír completamente las preguntas o instrucciones, falta de paciencia e interrupción frecuente de los demás. (APA, 2013).

#### Cuadro N° 4

*Características de los niños con TDAH que pueden ocasionar dificultades de aprendizaje.  
(Textos adaptado de Joselevich, 2000; pp. 23-28)*

Etapa evolutiva	Características
<b>Edad infantil (de 0 a 5 años)</b>	No siguen las consignas. Molestan e interrumpen a sus compañeros. Les cuesta permanecer sentados. Les cuesta esperar su turno y compartir. Altera la actividad académica del resto de sus compañeros.
<b>Edad escolar (de 6 a 12 años)</b>	No reflexiona, piensa o planea lo que va a hacer. Suele responder sin haber terminado de escuchar la pregunta, o contestar por escrito sin haber leído el enunciado. Realiza en tareas escolares incompletas. Falta de organización, método y hábito de estudio. Presentan inseguridad y baja autoestima. No reconocen sus errores y culpan a otros de sus problemas.
<b>Adolescencia</b>	Rebelión, desafío a la autoridad y violación de las reglas. Conducta irresponsable e inmadura. No planean ni organizan sus tareas. Le falta independencia y responsabilidad. Continúa presentando problemas de atención e impulsividad.

Elaborada por Hernández R. (2018) con base en Joselevich, (2000)

#### 1.7. Criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según el DSM-V

El mes de mayo de 2014, fue publicada la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA). El nuevo manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores y su aparición ha estado rodeada de variadas polémicas.

Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número, en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. Otro cambio es la remoción del sistema multiaxial, poniendo en un mismo nivel los anteriores ejes I, II, y III (Trastorno Psiquiátrico, Trastorno de Personalidad, otras Condiciones Médicas) y agregando

anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). No se aumentó los números de trastornos, pero se ordenaron de manera diferente.

A continuación, se detalla la clasificación del TDAH según el DSM-5:

**A-** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

#### 1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles.
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla.
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares.
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

#### 2. Hiperactividad e Impulsividad:

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

**B-** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

**C-** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

**D-** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. (APA, 2013).

Miranda, Roselló y Soriano (1998), hablan que los procedimientos de evaluación que pueden utilizarse se agrupan en tres grandes bloques: los instrumentos completados por el sujeto; los completados por otras personas, como son padres o profesores y las técnicas para la observación directa del comportamiento, los cuales se desarrollaran a continuación:

**I. Evaluación desarrollada con el propio sujeto:** en cuanto al funcionamiento cognitivo, los dos aspectos esenciales a valorar son la atención y el estilo cognitivo. En la valoración de los recursos atencionales se debe tener en cuenta los datos que puede aportar la observación del niño a lo largo de las sesiones de observación.

También se deberán recoger datos procedentes de los tests psicométricos si existe esa posibilidad. En relación al funcionamiento socio personal se puede realizar la evaluación de la competencia social, la resolución de problemas y la utilización de estrategias en la resolución de conflictos.

**II. Instrumentos de evaluación completados por los padres y profesores:** Es necesario recoger la información que tienen del comportamiento del niño las personas significativas (padres y profesores) con los que el niño interactúa a diario. Las escalas de estimación que suelen utilizarse con más frecuencia en la evaluación del niño con TDAH se agrupan en tres categorías: listas generales de problemas, escalas específicas de hiperactividad y escalas para evaluar la variación situacional.

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental, señalan que con frecuencia, los maestros son los primeros en notar los síntomas, cuando un niño tiene dificultades para seguir normas, o con frecuencia “se aísla” en el salón de clases o el patio de recreo. Los padres pueden notar que su hijo pierde el interés en ciertas cosas antes que otros niños o parece estar constantemente “fuera de control.

No existe una sola prueba que pueda diagnosticar que un niño padece del TDAH, por lo que un profesional de la salud que necesita reunir información sobre el niño, su conducta y su entorno. El especialista presta mucha atención a la conducta del niño durante diferentes situaciones; algunas situaciones son muy estructuradas, otras menos, algunas requieren que el niño siga prestando atención.

**III. Técnicas para la observación directa del comportamiento:** Las observaciones del comportamiento se suelen utilizar para confirmar un diagnóstico de TDAH, pero también suministran datos sobre conductas específicas y permiten objetivamente conocer las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas de los niños con hiperactividad frente a diferentes actividades que se desarrollan en el aula o el hogar. La observación aporta datos inestimables de cara a planificar las adaptaciones instruccionales, los cambios ambientales físicos y las modificaciones necesarias a realizar en las interacciones padres-hijo o profesor-alumno. También permiten contrastar la eficacia de una intervención mediante la comparación de los datos obtenidos en las observaciones de la línea base en el

pre-tratamiento con los datos provenientes de las observaciones del post-tratamiento. El profesional puede optar por la utilización de distintos tipos de registro, esta elección va a depender de la disponibilidad del observador y de las características propias de la conducta a observar.

#### Ámbito escolar

Los niños hiperactivos se integran mal desde su primera infancia al ambiente escolar; es en este momento cuando muchos padres piensan que los maestros no entienden sus hijos. (Acosta, 2006)

Un primer paso en el diagnóstico del TDAH, consiste en dilucidar si las manifestaciones de desatención, exceso de actividad e impulsividad del niño son meros síntomas aislados o constituyen en sí mismos un trastorno.

Para diagnosticar el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el contexto escolar debemos tomar en consideración los siguientes aspectos:

1. En primer lugar, es importante que nos proporcionen información relevante del niño en torno a su comportamiento dentro del aula (si es disruptivo –habla cuando no debe, se mueve en exceso, llama constantemente la atención-; si tiene dificultades para mantener la atención – se despista con cualquier estímulo irrelevante, se cansa rápido, no termina sus tareas).
2. Observación directa. Es necesario analizar el comportamiento del niño dentro del aula. Para ello, resulta útil realizar un seguimiento a través de registros observacionales en distintos momentos del día y en distintos días. (Gramaje et al, 2007).

#### Ámbito familiar

Toda información que se pueda obtener de los distintos contextos donde el niño pasa la mayor parte del tiempo, es importante para así realizar un diagnóstico. Para diagnosticar el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el ambiente familiar, debemos considerar lo siguiente:



1. Deberíamos indagar en torno a la historia evolutiva y clínica del niño. Aspectos sobre el desarrollo prenatal y perinatal (si hubo abuso de ansiolíticos, antidepresivos o sustancias psicotrópicas, si hay en la familia algún miembro con TDAH, si fue un embarazo de riesgo, peso del niño al nacimiento, escala Apgar, etc.). Es interesante conocer la historia escolar del niño. Desde la educación infantil (adaptación, relaciones interpersonales, si hubo excesivo movimiento, desapego de los padres, etc.). Respecto a la Educación Primaria, nos interesa conocer cómo adquirió la lectoescritura, cómo es su nivel de atención dentro del aula, si hay que estar constantemente supervisando su trabajo, si hay que llamarle muchas veces la atención para que esté sentado, si hay que aplicar correctivos, cuáles y con qué frecuencia, cómo es la relación con sus compañeros/as de clase, etc.). (Gramaje et al, 2007)

#### 1.8. Manifestaciones de síntomas según la Edad

**Síntomas del TDAH en pre escolar - 2 grado:** Tiene dificultad para comenzar tareas y rutinas, como vestirse o guardar los juguetes, con frecuencia ignora o tarda mucho en seguir instrucciones, le resulta más difícil que a otros niños de su edad permanecer sentado durante las comidas o actividades en grupo, se levanta, está inquieto o habla cuando debería estar quieto, le cuesta dejar de hacer una actividad para comenzar otra, tiene dificultad para calmarse lo suficiente como para hacer las cosas con cuidado, necesita que le recuerden frecuentemente que se detenga y escuche, le resulta más difícil prestar atención que a la mayoría de los niños de su edad, agarra las cosas sin pedir permiso, es incapaz de esperar las instrucciones antes de comenzar una actividad, tarda mucho tiempo o necesita que lo incentiven mucho para completar tareas de rutina, tiene dificultad para recordar instrucciones, tiene problemas para recordar información que aprendió recientemente, tiende a molestarse mucho o enojarse por cosas sin importancia.(Understood, 2018).

**Síntomas del TDAH de 3-7 grado:** Le resulta difícil comenzar actividades, especialmente cuando incluyen más de un paso, por lo general está muy inquieto, con frecuencia se mueve, camina o hace demasiado ruido cuando se espera que esté quieto, suele olvidar lo que acaba de escuchar o leer, a menos que realmente le interese, generalmente hace las tareas apurado o su trabajo es desordenado y con muchos errores producto del descuido, generalmente parece estar trabajando por debajo de su potencial en la escuela o en las tareas, “Se distrae” a menudo o pierde la concentración fácilmente, frecuentemente deja sin terminar quehaceres domésticos,

tareas escolares u otras actividades, tiene problemas para recordar cosas cotidianas., suele olvidar cosas como traer a casa los apuntes o entregar la tarea en la escuela, le resulta complicado dar seguimiento a sus cosas, tiene dificultad para esperar su turno en una conversación o para integrarse a una actividad, le preocupa olvidar lo que quiere decir si no lo dice inmediatamente, le cuesta reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, con frecuencia dice o hace cosas sin pensar qué podría resultar, trabaja muy lentamente, le cuesta terminar cosas como un examen o escribir el reporte de un libro en un periodo de tiempo razonable.(Understood, 2018).

**Síntomas del TDAH en adolescentes:** Tiene problemas para organizarse y establecer prioridades, le cuesta empezar la tarea escolar y otras tareas que se le asignan, “Se distrae” cuando escucha a alguien o al leer un texto que le han asignado, frecuentemente necesita volver a leer la información o les pide a las personas que repitan lo que han dicho porque no se le “graba” la primera vez, le cuesta permanecer enfocado, a menudo se desvía de lo que está haciendo a menos que sea algo que le parezca especialmente interesante, con frecuencia se apresura a hacer las tareas o su trabajo es desordenado y con muchos errores, a menudo parece estar trabajando muy por debajo de su potencial en la escuela y en las tareas, tiene problemas para recordar información cuando la necesita, le cuesta recordar información que estudió y parecía que sabía la noche previa al examen, tiene dificultad para recordar cosas de todos los días, a menudo olvida anotar las tareas o no sabe dónde puso sus cosas, con frecuencia actúa impulsivamente, dice o hace cosas sin pensar en las consecuencias, frecuentemente trabaja demasiado lento, tiene dificultad para cumplir con las fechas de entrega o para terminar los exámenes en el tiempo estipulado, a menudo está inquieto o nervioso, con frecuencia pareciera que no puede parar de hablar o jugar con cosas que tiene en la mano.(Understood, 2018).

### 1.9. Comorbilidad del TDAH con otros trastornos

Los niños que son diagnosticados con TDAH ven afectado su funcionamiento y adaptación y el adolescente en todos sus ámbitos de trabajo y de relación. Un aspecto importante en la evaluación del TDAH, consiste en establecer si junto a éste, aparecen otros trastornos de forma comórbida.

Se estima que la mayoría de niños con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico comórbido (Del' Homme, Smalley et al., 2007). La presencia de comorbilidad influye sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del TDAH (Jensen et al., 2001). En niños, se ha estimado que aproximadamente entre un 45% y un 73% de los niños con diagnóstico de TDAH presentan otros problemas de tipo comportamental o emocional (Bauermeister et al., 2007).

En el estudio MTA (1999), el trastorno psicopatológico comórbido más frecuente fue el trastorno negativista desafiante con un 39,9%, seguido de los trastornos de ansiedad con un 33,5%, del trastorno disocial fue el 14,3%, trastornos por tics el 10,9%, trastornos afectivos con 3,8%, y trastorno bipolar con 2,2%.

Se estima que los trastornos del aprendizaje están presentes en aproximadamente un 10% de la población infantil general, y en el caso concreto de niños con TDAH, se supera esta tasa. Se estima que uno de cada cuatro niños con TDAH presenta dificultades de aprendizaje, y a la inversa, en torno al 20% al 25% de niños con TDAH presenta además una dificultad específica en el aprendizaje, aunque se han encontrado tasas de entre el 17% y el 38% dependiendo del criterio que se utilice para la definición de las dificultades de aprendizaje (Semrud-Clikeman et al., 1992).

#### 1.9.1. Trastornos emocionales

En los niños, tanto en población clínica como en población general, un 25% de los que tienen TDAH se asocian con algún trastorno de ansiedad. (Moraga, 2008) El cuádruple carácter de la ansiedad como emoción normal, síntoma, síndrome, y trastorno, hace difícil la identificación de este tipo de comorbilidad en los pacientes con TDAH. Estos niños presentan dificultades con los cambios, por lo que puede causar una elevada actividad y falta de atención, preocupación excesiva o miedos, obsesiones o compulsiones y pesadillas. (Maximino, 2009).

La tasa de niños con TDAH deprimidos según algunos autores se eleva hasta el 57% de los casos (Angold y Costello, 1999), esta comorbilidad conlleva mayores niveles de deterioro psicosocial ya que la sintomatología propia del TDAH empeora de manera significativa (Biederman et al., 2008).

Spencer et al (2007), los síntomas depresivos en estos niños se asocian con baja autoestima, estado de ánimo irritable, pérdida de interés o placer en las actividades, cambios de apetito y de peso, fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa y dificultades de sueño.

En relación a los trastornos de ansiedad, se han encontrado asociaciones de aproximadamente el 25% tanto en muestras escolares (Presentación y Siegenthaler, 2005).

Los niños con este trastorno manifiestan irritabilidad, impulsividad reactiva, desmoralización, sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o tristeza. (Moraga, 2008)

Se ha estimado que en muestras clínicas el TDAH coexiste con patologías como ansiedad excesiva, ansiedad de separación y fobias entre el 25% al 40% de los casos aproximadamente, mientras que del 15% al 30% de los niños con trastornos de ansiedad en muestras clínicas cumplen criterios diagnósticos de TDAH (Angold et al., 1999).

Los trastornos del estado de ánimo en la infancia se caracterizan por tristeza o irritabilidad persistente, junto con una pérdida del interés por las actividades, disminución de la concentración, y más quejas somáticas y que la sintomatología depresiva puede variar en función de la edad del niño (Jensen, Shervette, Xenakis, y Richters, 1993).

Con respecto a la coexistencia TDAH con el Trastorno Bipolar en niños y adolescentes, algunos estudios afirman que la prevalencia media de TDAH en niños con enfermedad bipolar es del 62% (Kowatch, Youngstrom, Danielyan, y Findling, 2005), aunque estudios anteriores encontraban que un porcentaje en torno al 10% al 22% de los niños con TDAH presentaban trastorno bipolar comórbido (Wozniak, Biederman, Mundy, Mennin, y Faraone, 1995).

Pliszka (1998), la comorbilidad del TDAH con los trastornos de ansiedad se presenta en torno de un 20% al 25%, los síntomas ansiosos que podemos encontrar en estos pacientes son principalmente miedo a dormir solos, separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud de su familia y malestar físico, así los trastorno de ansiedad más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad por separación.

#### 1.9.2. Problemas de Conducta, Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial

La coexistencia del TDAH con otros trastornos del comportamiento se estima en torno al 50% de los casos en muestra escolar (Presentación y Siegenthaler, 2005). Los trastornos del

comportamiento se presentan entre el 30% y el 50% de los niños con TDAH (Bierderman, Newcorn y Sprich, 1991).

El trastorno más comórbido con el TDAH es el negativista desafiante que se presenta en el 10% de los casos (Angold, Costello y Erkanli, 1999).

Los niños con este trastorno manifiestan comportamientos perturbadores de mayor gravedad, sobre todo con respecto a las normas, incapacidad para cumplir órdenes. En cuanto a la conducta presentan rebeldía y/o rencor, problemas con los otros y con la ley, ausencia de remordimientos, intención de dañar, agresión, hostilidad y conducta antisocial. (Moraga, 2008).

Loeber et al (2000), las conductas más frecuente se traducen en comportamientos disruptivos como desobediencia, molestar a los iguales, pelearse, hablar de manera excesiva, reclamar atención de manera constante, discutir con adultos de manera constante, mentir y baja tolerancia a la frustración. La prevalencia de TDAH con el trastorno disocial se sitúa entre el 20% y el 50% de los casos.

#### 1.9.3. Tics y Trastorno de Gilles de la Tourette

La presencia de los tics y el trastorno de Gilles de la Tourette en conjunto se ha estimado en un 10% de los niños con TDAH (Artigas, 2003). Padecer TDAH o Gilles de la Tourette en la infancia incrementa la probabilidad de presentar hiperintensidades subcorticales en la neuroimagen cerebral, y sugieren una relación entre lesiones subcorticales de posible origen autoinmune y la fisiopatología de estos trastornos (Swain, Scahill, Lombroso, King, y Leckman, 2007).

Los niños presentan falta de atención, acciones verbales o motoras impulsivas, actividad perturbadora y movimientos repetitivos motores o fonatorios.(Moraga, 2008)

#### 1.9.4. Trastorno de aprendizaje y de la comunicación

Los problemas de rendimiento escolar y las dificultades de aprendizaje son más frecuentes en el subtipo inatento o en el subtipo combinado que en el subtipo hiperactivo-impulsivo, aunque en conjunto el subtipo inatento presenta ejecuciones peores en los diferentes planos de la lectura que el subtipo TDAH-C (Ygual, Miranda y Cervera, 2000). Las estimaciones de

dificultades de aprendizaje de la lectura entre los niños diagnosticados de TDAH oscilan entre un 10 y un 40% (Del’Homme et al, 2007).

Entre las peculiaridades y dificultades típicas del lenguaje de los niños con TDAH, se ha encontrado que una parte de estos niños muestra dificultades fonológicas o retraso del lenguaje y también estos niños tienen un riesgo elevado de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura (Artigas, 2003). Alrededor del 70% de los niños con TDAH presentan dificultades de aprendizaje (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000). Los niños presentan dificultades en la ortografía, lectura, en la estructura gramatical del lenguaje, en la motricidad fina y en las habilidades relacionadas con las matemáticas. (Moraga, 2008)

#### 1.9.5. Problemas de Integración social

García et al (2006), encontraron que la mayoría de los niños con TDAH-C, el 73,91% eran rechazados por sus compañeros. Las razones que explicaban el rechazo se agrupaban en dos conjuntos: un conjunto de conductas molestas para los demás (aspectos conductuales disruptivos, antisociales y agresivos) que explicaría un 71,83% del total de las razones, y un segundo conjunto relativo a características de la personalidad (me cae mal, mal carácter, egoísta, mal compañero, prepotente, inmaduro) y, en menor medida, académicas (mal estudiante).

Los niños con Déficit de Atención e Hiperactividad experimentan problemas interpersonales desde pequeños. Es común que tengan pocos amigos, por las características propias del trastorno (se pelean, los rechazan, pierden el control con facilidad, violan las reglas establecidas en el juego), además presentan pocas habilidades de comunicación. E interpretan de forma inadecuada las emociones de otras personas.

#### 1.10. Tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Existen tratamientos, en los que se incluyen el psicológico, el psiquiátrico, el farmacológico y la modificación de conducta (García - García, 2008).

García Chávez & Hernández Vicente (2009), distinguen dos tipos de intervención: tratamiento farmacológico e intervención conductual, mientras que Lora Espinosa (2006), los pilares del

tratamiento son: plan de acción, educación, tratamiento farmacológico, no farmacológico y revisiones periódicas.

Félix Mateo (2006), señala la conveniencia de combinar, junto con la intervención psicopedagógica, el tratamiento con fármacos. En la misma línea, Bitaubé et al. (2009) indica que el proceso debe incorporar medidas farmacológicas y psicosociales.

Sances Masero (2009), habla de tres modalidades de intervención del TDAH: farmacológica, psicosocial y combinada (terapia con fármacos y psicosocial).

Millán Lara (2009), la intervención multimodal debe incluir psicoeducación y entrenamiento de padres, intervenciones psicológicas conductuales o cognitivo-conductuales, intervenciones escolares y psicopedagógicas y, si fuese necesario, tratamiento farmacológico.

#### 1.10.1. Tratamiento Psicológico

Con terapias enmarcadas en corrientes cognitivo-conductuales e intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH. (Portela. 2016)

Tipos de terapias que se pueden aplicar para tratar el trastorno del TDAH:

- Terapia individual: Tiene como objetivo mejorar la autoestima, reforzar habilidades sociales y funcionales y mejorar conductas desadaptativas.
- Terapia grupal: Tiene como objetivo la modificación de conducta-entrenamiento grupal y de habilidades de socialización e interacción.
- Terapia familiar: Se entrena a la familiar en cuanto al manejo conductual del niño hiperactivo: Régimen estructurado de castigos y recompensas, trato firme, establece reglas, límites, etc.
- Terapia de conducta: Se eligen aquellos elementos que se desean cambiar mediante un sistema de refuerzos/premios (sistema de fichas) y penalizaciones (time out)
- Entrenamiento para padres: Se les informa a los padres acerca del trastorno, por qué se dan las conductas y se le dan estrategias para provocar el cambio, que puedan mejorar las relaciones y prevención de nuevas situaciones disruptivas.

- Entrenamiento en habilidades sociales: Esta terapia se utiliza para potenciar la relación adaptada con pares, padres y profesores, entre otras técnicas de relación y asertividad.

Según (Moraga, 2008), la Terapia cognitivo-conductual es hasta el momento la psicoterapia más efectiva para el tratamiento del TDAH en adultos. Parece además que podría ser una herramienta muy eficaz en el abordaje del TDAH resistente al tratamiento farmacológico. Dadas las características de estos pacientes hay que prestar especial atención a:

- Individualizar los contenidos y el tipo de tratamiento en función de cada paciente.
- Trabajar mucho la motivación.

#### 1.10.2. Tratamiento psicoeducativo

En este tratamiento lo que se pretende es informar al paciente y a sus allegados de las causas, síntomas, pronóstico, y tratamiento del trastorno. Una de los aspectos más beneficiosos de este tipo de intervenciones es que el paciente no sienta culpa de las dificultades que se presentan. En ocasiones los pacientes y sus familiares pueden pensar que sus problemas pueden estar relacionados con algún tipo de defecto personal, con la mala intención, o con falta de voluntad y de interés. Esto habrá deteriorado la autoestima del paciente, y habrá llenado sus relaciones interpersonales de reproches, rabia, decepciones y rupturas. Aclarar la causa neurofisiológica del trastorno ayuda a deshacer estos malentendidos, mejorando la autoestima del paciente, y haciendo que sus familiares y amigos tengan hacia él una actitud más constructiva y de ayuda. (Moraga, 2008)

#### 1.10.3. Tratamiento no farmacológico en el hogar

También se realizan las intervenciones no farmacológicas del TDAH en el hogar o entorno familiar, las cuales incluyen informar a los padres y madres sobre los diferentes aspectos del trastorno y de cómo pueden afectar a sus hijos e hijas, e instruirles en nociones de terapia del comportamiento y terapia cognitiva para un mejor control de la conducta perturbadora, de la falta de organización y atención de los niños y niñas (Eddy Ives, 2006).



#### 14 reglas básicas a seguir con un niño con TDAH (Barkley , 1995)

1. Los refuerzos deben ser inmediatos. Las contingencias que apliquemos a la conducta del niño deben ser al momento, no demorarse en el tiempo.
2. Dar feedback (retroalimentación) con mucha frecuencia. Retroalimentar se refiere a hacer comentarios al niño sobre la adecuación o no de su conducta en cada momento y en cada contexto y de manera contingente (próxima en el tiempo en que ocurre).
3. Las recompensas deben ser más duraderas y eficaces. Es conveniente dedicar el tiempo que haga falta a reflexionar y planificar sobre las recompensas más adecuadas.
4. Mejor aplicar recompensas a la conducta deseada que castigos a la conducta a evitar.
5. Es conveniente hacer referencias al tiempo (por ejemplo: avisar que queda poco tiempo para jugar y empezar con la tarea) y tender puentes cuando sea necesario (relacionar y anticipar tareas).
6. También es necesario concretar la información más importante de la tarea. Hacer énfasis en aquellos aspectos más importantes, más de lo habitual, así se evitan errores.
7. Explicar la fuente de motivación del trabajo. Recordar la consecuencia positiva pactada por la realización de una determinada tarea.
8. Hacer más tangible los pensamientos y la resolución de los problemas. Resulta muy útil acostumbrarse a verbalizar los pensamientos y los pasos para resolver un problema, para que el niño lo tenga como modelo y a la vez facilitar que él mismo use esta estrategia.
9. Ser coherente. Actuar de forma consecuente, es decir cumplir los pactos además de utilizar el mismo criterio para las situaciones que puedan surgir en el tiempo.
10. Actuar más que quejarse.
11. Planificar con antelación las situaciones problemáticas. Usted conoce a su hijo y si le presta atención a su conducta va a poder detectar las características de las

situaciones en las que el niño tiene problemas, por ello, es bueno avanzar a los problemas.

12. Mantener la perspectiva de sus dificultades. No culpabilizar al niño, puesto que a los niños con problemas de hiperactividad les cuesta mucho hacer cosas que la mayoría de los otros niños hacen sin problemas. Tener presente que se trata de un problema de base neurobiológica, que no pueden controlar.
13. No personalizar los problemas y el trastorno. Tal y como se menciona en el punto anterior no hay que culpabilizarse ni culpabilizar al niño o a otros.
14. Sea indulgente. Cuando no sea necesario, no sea demasiado exigente con su hijo, escoja aquellos 2 ó 3 aspectos concretos que considera prioritarios, que más interfieren, y sea más permisivo con otras conductas.

#### 1.10.4. Tratamiento a utilizar a nivel educativo

Una detección y tratamiento precoces ayudarán a controlar los síntomas, mejorando el aprendizaje escolar y las interacciones sociales del TDAH (García García et al., 2008).

Mediante sesiones informativas a los profesores organizada por las administraciones públicas en las que se proporcione al profesorado una serie de conocimientos sobre el TDAH y se les explique formas adecuadas de proceder ante niños escolares con este trastorno. (Guerrero López & Pérez Galán, 2011).

También debe haber una adecuada cooperación entre pediatra y el profesorado, entre la escuela y el centro de salud (Rodríguez-Salinas Pérez et al., 2006).

#### 1.10.5. Tratamiento farmacológico

Los fármacos empleados para el TDAH en el niño son la base del tratamiento de este trastorno en el adulto. (Moraga, 2008). El tratamiento farmacológico tiene sus beneficios, los cuales pueden ser observados a corto plazo entre el 70% y 80% de los niños con TDAH (Spencer y sus colegas, 1996), citado en Acosta (2006).

Los fármacos empleados se dividen en 4 grupos: psicoestimulantes, neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos-sedantes. Generalmente se emplean los 2 primeros y se dejan los 2 segundos si existen estados mórbidos asociados. (Portela, 2016).

1. **Psicoestimulantes:** el más empleado es el metilfenidato o Ritalina, que se absorbe rápidamente por vía oral y comienza a actuar a los 20-30 minutos después de ingerido; sin embargo, el efecto solo se mantiene durante 3 o 4 horas, pues se elimina con relativa rapidez. Su dosis estaría comprendida entre 0,3 y 0,5 mg/kg/día. Es importante mencionar que no existe consenso en la comunidad científica sobre los beneficios de la terapia con estimulantes, ni sobre su eficacia en torno a la mejora del rendimiento académico o de la concentración.
2. **Neurolépticos:** como la tiaprida, la tioridazina.
3. **Antidepresivos:** la fluoxetina o Prozac, el bupropion o Wellbutrin, la venlafaxina o Effexory la desipramina, han mostrado cierta utilidad, sobre todo cuando el TDAH evoluciona con morbilidades asociadas, como el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad (por ejemplo: trastorno de ansiedad generalizada).
4. **Ansiolíticos:** como el alprazolam (Trankimazin) y el clorazepato de dipotásico (Tranxilium); estos también se indican en caso de existir tics, junto con la tiaprida.

#### 1.11. Terapia Cognitiva Conductual

##### 1.11.1. Antecedentes históricos de la Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia de Conducta (TC) aparece a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época. La TCC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. Ya para el primer siglo de la existencia de Roma se utilizaban estrategias para ayudar a las personas a solucionar problemas conductuales, muy similares a las usadas hoy en día por la TCC. Así Plinio el Viejo, en esa época, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol colocando arañas muertas en descomposición en los vasos dónde bebían. (Díaz, 2012). En la actualidad esta técnica se llama condicionamiento aversivo.

En el siglo XVIII el “niño salvaje de Averyron” fue enseñado a hablar con técnicas que actualmente son conocidas como refuerzo positivo. En el siglo XIX, Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trató los pensamientos obsesivos con técnicas parecidas a las que conocemos

hoy como parada del pensamiento e inhibición recíproca. La TCC cuenta con unos 60 años de historia. (Díaz, 2012).

#### 1.11.2. Las bases empíricas de la terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual se ha fortalecido por la influencia de una serie de importantes investigaciones. Una de las primeras influencias es la de Pavlov y el condicionamiento clásico. Pavlov contribuyó a que las respuestas que se producían de forma natural (la salivación) podían ser condicionadas a unos estímulos específicos (el sonido de una campana). La investigación de Pavlov demostró que las respuestas emocionales (el miedo) podían ser condicionadas en virtud de acontecimientos y situaciones específicas. Wolpe (1958), aplicó el condicionamiento clásico a la conducta humana y los problemas clínicos, y desarrolló el procedimiento conocido como desensibilización sistemática. (Stallard, 2007).

La segunda mayor influencia conductual la constituye la obra de Skinner (1974), que marcó la importancia del ambiente sobre la conducta. A ello se lo conoce como condicionamiento operante, su punto central es la relación entre los antecedentes, las consecuencias y la conducta. Albert Bandura (1977), desarrolló la teoría del aprendizaje social, que enfatiza dicho aprendizaje puede darse mediante la observación de alguna otra persona, al tiempo que propone un modelo de autocontrol basado en la auto observación, la autoevaluación y el autorrefuerzo. Meichenbaum (1975), propone el entrenamiento en auto instrucciones. Este modelo nos dice que gran parte de la conducta está bajo el control de los pensamientos o de los diálogos internos. Albert Ellis (1962) nos habla de las relaciones entre las emociones y las cogniciones. El modelo de Ellis se le llamó terapia racional-emotiva, que propone que los sucesos activadores (A, activating events) se valoran a la luz de las creencias (B, beliefs), lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C, consequences). El modelo de Beck propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada tríada cognitiva) inducen distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos. El modelo presta una atención particular a los llamados supuestos o esquemas nucleares –esto es, a las creencias fijas que se desarrollaron y consolidaron durante el transcurso de la niñez y en relación con las cuales se evalúan los acontecimientos. (Stallard, 2007).

### 1.11.3. Tratamiento Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias, y por identificar y modificar las distorsiones que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo.(Stallard, 2007).

Según Goleman (1996), la Terapia Cognitivo Conductual está centrada en los síntomas y en su resolución. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos.

### 1.11.4. Características esenciales de la terapia cognitivo-conductual

Paul Stallard (2007), en su libro “pensar bien, sentirse bien” nos ilustra con una serie de características de la Terapia Cognitiva Conductual:

- La TCC se sustenta en una determinada teoría.
- La TCC se basa en unos modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones
- La TCC se basa en un modelo de colaboración
- El modelo pretende facilitar autocontrol al joven para lograr una mejor comprensión de sus problemas y a descubrir otras formas alternativas de pensar y de actuar.
- La TCC tiene un plazo limitado
- Es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse más allá de 16 sesiones.
- La TCC es objetiva y estructurada
- Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta al joven a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración.
- La TCC se centra en el aquí y ahora
- Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y las dificultades actuales.
- La TCC se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados

- El paciente no es únicamente un receptor pasivo, sino que se le anima a cuestionar y aprender a través de un proceso de experimentación.
- La TCC es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades
- Constituye un enfoque práctico y centrado en la adquisición de habilidades con objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y de actuar.

#### 1.11.5. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual

Según Goleman (1996), el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

El objetivo general de la terapia cognitivo-conductual es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo, y mejorar el autocontrol en base a desarrollar unas habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. La TCC ayuda a identificar los pensamientos y las creencias disfuncionales, que suelen ser predominantemente negativos además de sesgados y excesivamente autocríticos. (Stallard, 2007).

#### 1.11.6. Desarrollo la Terapia Cognitiva Conductual

Hay una gran diversidad de técnicas que se utilizan en las terapias de la TCC, dirigidas a problemas específicos. No obstante, los psicólogos suelen llevar a cabo una serie de procedimientos generales cuando emplean la Terapia Cognitivo Conductual:

En primer lugar, los psicoterapeutas enseñan a los pacientes a identificar aquellos pensamientos relacionados con la conducta problema. Se le pide al paciente un registro diario de todo lo que 'piensa antes, durante y después de haber llevado a cabo la conducta que se va a trabajar.

El papel del psicoterapeuta es muy importante, en este punto, ya que mediante la comunicación se le ayuda al paciente a ser capaz de detectar los esquemas cognitivos que rigen sus pensamientos y que han originados conductas negativas.

La evolución de la terapia se conseguirá a través de preguntas y comentarios dirigidos a destacar palabras en el paciente que lo llevarán a profundizar sobre sus actos. (Sotilo, 2018)

La segunda etapa de la Terapia Cognitiva Conductual consiste en establecer metas entre el psicólogo y el paciente, para poder lograrlas, es necesario que el psicoterapeuta proporcione estrategias específicas a las características personales del paciente y de su conducta problema.

Según van transcurriendo las sesiones, se irá evaluando el progreso del paciente, de tal manera que, si no hay resultados efectivos, se puedan introducir cambios en el programa de intervención.

Esto puede llevarse a cabo mediante un tratamiento individual, pero también puede darse intervenciones grupales, la duración y el desarrollo de la terapia puede variar entre 6 semana a 6 meses, dependiendo de diversos factores. Por ejemplo: que el paciente no haya sido obligado a participar de la terapia.

#### 1.11.7. Fases de la Terapia Cognitivo Conductual

Para (Chimeno, 2018) La Terapia Cognitiva Conductual se organiza en tres fases: evaluación, tratamiento y seguimiento.

**Fase 1:** Se lleva a cabo una evaluación psicológica que puede ir acompañada de una valoración cognitiva. Aquí es importante que el psicólogo conozca al paciente y entienda sus problemas. Se deben establecer los objetivos de la terapia y las prioridades.

**Fase 2:** Es la fase más larga de la terapia, aquí se practican diferentes estrategias y técnicas dirigidas a conseguir un cambio y mejoría en el paciente.

**Fase 3:** Es una fase de seguimiento, las consultas se espacian y se aplican estrategias dirigidas a mantener los cambios positivos y evitar las recaídas. En el momento en que se han logrado los objetivos se da el alta al paciente.

#### 1.11.8. Beneficios de la Terapia Cognitiva Conductual

La Psicología Clínica ha encontrado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) su aplicación más eficaz. Obteniendo favorables resultados y con el respaldo del método científico. La

Terapia Cognitivo Conductual combina la Psicología: el Conductismo y la Psicología Cognitiva. (Stallard, 2007)

La Terapia Cognitivo Conductual ha tenido tanto éxito que los psicólogos han experimentado con ella para la resolución de multitud de problemas. De ahí deriva la cantidad de tipos y de técnicas existentes, habiendo demostrado su utilidad en numerosas ocasiones.

- La TCC enseña al paciente a asumir la responsabilidad de su estado de ánimo.
- Los terapeutas que aplican la Terapia Cognitivo Conductual consideran que son nuestras propias reacciones a los acontecimientos las que antes o después terminan afectando nuestra calidad de vida.
- La TCC enseña a afrontar y manejar de una forma más saludable situaciones difíciles, evitando que se produzcan pensamientos perturbadores que conducen a la ansiedad, depresión, aislamiento, negativismo.
- La TCC funciona rápidamente: Muchas terapias psicológicas son a largo plazo, y pueden tardar meses en reducir los síntomas y aportar mejoras al paciente. La TCC funciona tan rápido porque además de trabajar en consulta, el paciente tiene que completar diferentes tareas y ejercicios por su cuenta.
- Ayuda a mejorar la confianza: La TCC ayuda a sustituir los pensamientos negativos y autodestructivos por afirmaciones y expectativas más positivas. Lo que genera una mayor motivación y destreza a la hora de manejar las relaciones sociales, afrontar el trabajo, nuevos proyectos, etc.
- El paciente aprende técnicas que puede seguir aplicando incluso después de finalizar el tratamiento
- El psicólogo o terapeuta enseña al paciente valiosas técnicas, estrategias y ejercicios de TTC que el paciente podrá utilizar a lo largo de su vida para reforzar los beneficios ya conseguidos y mantener controlados los síntomas de su trastorno.

#### 1.11.9. Principios básicos de la Terapia Cognitiva Conductual



La TCC se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas.

Esto se da entre marcos: su pensamiento actual, identificar factores precipitantes y desarrollar hipótesis acerca de eventos claves del desarrollo. Según Díaz (2012).

- Requiere una sólida alianza terapéutica.
- Enfatiza una colaboración activa.
- Plantea objetivos específicos y resuelve problemas concretos.
- Enfatiza el presente, problemas actuales.
- Es educativa. El paciente es su propio terapeuta, previniendo recaídas.
- De relativa corta duración, aunque algunos problemas, como los de personalidad requieren más tiempo.
- Las sesiones son estructuradas, pero flexibles.
- La TCC enseña al paciente a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos y creencias disfuncionales.

#### 1.11.10. Tipos de Terapias Cognitivo Conductuales y técnicas empleadas

Cualquier tipo de Terapia Cognitivo Conductual se fundamenta en lo emocional y conductual.

Actualmente existen diferentes tipos de terapia de intervención psicológica. Veamos las técnicas de Terapia Cognitivo Conductuales más empleadas, según Stallard (2007):

##### 1.11.10.1. Técnicas operantes

La finalidad de estas técnicas es la modificación de la conducta. Para ello, suministran estímulos de manera ordenada al paciente, con el objetivo de propiciar el cambio en el comportamiento problemático. (Stallard, 2007).

#### 1.11.10.2. Técnicas de exposición

Esta clase de técnicas busca exponer al individuo a ese estímulo problemático y generador de ansiedad de un modo sistemático y adaptado. De esta forma, el paciente irá controlando sensación de malestar y, finalmente, hará desaparecer sus miedos. Existen varios tipos de exposición: Exposición en vivo, exposición en imaginación, exposición simbólica. (Stallard, 2007).

#### 1.11.10.3. Técnicas de relajación y desensibilización sistemática

Ambas técnicas se utilizan para ayudar al sujeto a reducir la tensión física y mental, el estrés o la ansiedad que pueda estar sufriendo. Los procedimientos más importantes son: Relajación progresiva, relajación autógena, técnicas de respiración. (Stallard, 2007).

#### 1.11.10.4. Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento

Estas técnicas las necesitamos para comunicarnos e interactuar de manera óptima con los demás. Dado que las habilidades sociales son conductas aprendidas, el paciente puede rectificar y mejorar su comportamiento mediante técnicas de aprendizaje como las siguientes: Entrenamiento en autoinstrucciones, inoculación de estrés, resolución de problemas. (Stallard, 2007).

#### 1.11.10.5. Técnicas cognitivas

Se centrado en modificar el pensamiento del paciente y las interpretaciones que éste realiza de los posibles estímulos causantes de su malestar o conducta perjudicial. Las técnicas cognitivas más conocidas son: reestructuración cognitiva, detención o parada del pensamiento, técnicas de distracción. (Stallard, 2007).

### 1.12 Programa Aventura Pirata, sus bases cognitivas conductual

El programa de entrenamiento Aventura pirata tiene como objetivo enseñar a los niños y a las niñas a hablarse a sí mismo, empleando una estructura organizada de instrucciones, para que puedan resolver de manera independiente tareas académicas y cognitivas de una forma atenta y reflexiva. (Sardinero, 2017)

El programa se compone de cuatro tareas que han sido diseñadas para ejercitar el esfuerzo atencional, la memoria de trabajo y algunas funciones ejecutivas tales como la planificación, la actualización, la supervisión y la monitorización de la ejecución.

#### 1.12.1 Finalidad y contexto

El programa Aventura pirata ha sido concebido para mejorar la capacidad atencional de los niños y niñas de 6 a 12 años de edad con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El programa También resultar apropiado para los que puedan beneficiarse de adquirir un estilo más reflexivo, independiente y organizado en la resolución de tareas que requieran del esfuerzo atencional, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento de la información a pesar de no cumplir los criterios diagnósticos del déficit o presentar un trastorno del neurodesarrollo. (Sardinero, 2017)

Para ello el programa se basa en un entrenamiento con autoinstrucciones para realizar cada una de las tareas que se plantean. El objetivo es que el niño o la niña sistematicen e interiorice estas autoinstrucciones.

#### 1.12.2 Fundamentación teórica

Las dos referencias teóricas fundamentales de este programa son el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum que prosperó en las décadas de 1970 y 1980 para el

tratamiento de la sintomatología características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el esquema de autoinstrucciones ampliado por Orjales (2007). (Sardinero, 2017)

Siguiendo a Meichenbaum y Asarnow(1979) citado por (Sardinero, 2017), los programas de entrenamiento que utilizan verbalizaciones poseen los siguientes denominadores comunes:

- Enseñar a identificar el problema, a definirlo.
- Requieren focalizar la atención en la resolución de la tarea.
- Enseñar estrategias específicas para resolver cada tarea.
- Promover la autoevaluación mejorando el afrontamiento en situaciones de fracaso, así como la atribución del éxito.

Según Rivera-Flores, (2015) citado por (Sardinero, 2017), el entrenamiento se sustenta en la mediación verbal, definida esta como “hablar con uno mismo, de manera pertinente, cuando se enfrenta con algo que desea aprender, un problema que quiera resolver o un concepto que quiera alcanzar”.

### 1.12.3 Autoinstrucciones

Con la primera autoinstrucción, “miro y digo lo que veo”, se anima al niño y a la niña a que explore visualmente y ponga en palabras los contenidos de la ficha. Se le demanda que describa sistemáticamente qué hay ahí: los textos, las imágenes, las operaciones matemáticas o lo que fuese.

Con la segunda autoinstrucción, ¿“qué es lo que tengo que hacer?”, se le incita a llevar a cabo una lectura comprensiva y profunda del enunciado de la tarea. Debe tener claro que es lo que se le está pidiendo que haga en la ficha en concreto.

La tercera autoinstrucción, “¿Cómo lo voy a hacer? ¿Qué pasos podré seguir para resolverlo? Se incita al niño y a la niña a que antes de comenzar a responder piense cómo puede hacerlo, para completar la tarea con éxito.

La cuarta instrucción, “respondo paso a paso. ¿Qué puedo responder aquí?, ¿Y aquí? ¿Y aquí?”, es fundamental para ejercitar la atención selectiva y la atención sostenida mientras que el niño y la niña completa la tarea.

La quinta y última instrucción, “reviso como me ha salido. Compara mis respuestas con las que tenía que hacer”, es una autoinstrucción compuesta por dos etapas. En primer lugar, se le enseña a revisar y comprobar por sí mismo el fruto de su trabajo. Puede revisar el trabajo y corregir los errores. La segunda etapa: Si la ejecución es correcta, verbaliza una frase positiva ¡estupenda! ¡Me ha salido bien! Si la ejecución no fue correcta, se le alienta para que analice con calma el motivo del error con la autoinstrucción: ¿Qué ha fallado? ¡No pasa nada, lo aprendo y la próxima vez podré hacerlo mejor! (Sardinero, 2017)

## Cuadro No. 5

### *Descripción de las autoinstrucciones*

Autoinstrucción	Descripción
<b>1. Miro y digo lo que veo</b>	Realizar un análisis contextual previo.
<b>2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?</b>	Realizar una lectura comprensiva del enunciado de la tarea.
<b>3. ¿Cómo lo voy a hacer? ¿Qué pasos seguiré para resolverlo?</b>	Planificar y seleccionar estrategias de acción.
<b>4. Respondo paso a paso con atención. ¿Y aquí? ¿Qué puedo responder aquí? ¿Y aquí?</b>	Focalizar y mantener la atención mientras se resuelve la actividad.
<b>5. Reviso cómo ha salido. Comparo mis respuestas con lo que tenía que hacer.</b>	Promover la autoevaluación y el trabajo independiente.

Hernández (2018) realizado con base en el Manual Aventura Pirata. Entrenamiento de la Atención y de las Funciones Ejecutivas mediante Autoinstrucciones

#### 1.12.4 Fases del entrenamiento autoinstruccional

El modelo de la conducta autoinstrucciones pasa por varias fases. Meichenbaum y Goodman (1971) propusieron cinco fases que van desde el comportamiento controlado por indicaciones externas (la conducta es guiada por el profesional) hasta el comportamiento controlado mediante el lenguaje interno (la conducta es guiada por las verbalizaciones que se da a sí mismo el niño o la niña). (Sardinero, 2017)

- a. **Modelo Cognitivo:** El profesional es el que va enunciado en voz alta las cinco autoinstrucciones, mientras el niño y la niña escuchan y observa.
- b. **Guía externa:** El niño o a niña realiza por sí mismo la tarea. Ahora es él o ella quien resuelve la tarea, pero con la ayuda del profesional que desde afuera le va dictando las autoinstrucciones para organizar su comportamiento.
- c. **Autoguía manifiesta:** El niño y la niña al realizar la tarea se dice en voz alta las autoinstrucciones.
- d. **Autoguía manifiesta atenuada:** Comienza a ejecutar la tarea susurrándose las autoinstrucciones en lugar de articularlas en voz alta.
- e. **Autoinstrucciones encubiertas:** Resuelve la tarea al tiempo que repite las autoinstrucciones mentalmente utilizando su lenguaje interno.

#### 1.12.5 Descripción de las tareas del Aventura Pirata

##### 1.12.5.1 Mapa pirata

La tarea Mapa pirata consiste en planificar y trazar sobre el papel los recorridos más cortos desde un punto hasta otro punto. El primer punto alude a un barco cargado de ciertas mercancías. El segundo punto alude a un puerto donde está la persona que recoge la mercancía, el cual se identifica con una bandera. En esta tarea se ponen en práctica los

siguientes procesos cognitivos: funciones ejecutivas (secuencias, monitorización y supervisión de la ejecución), planificación espacial y ejecución grafomotora, rastreo visual y orientación espacial de la atención. Atención selectiva y memoria inmediata.(Sardinero, 2017).

#### 1.12.5.2 Recuento de la tropa

La tarea Recuento de la tropa podría conceptualizarse como una tarea de memoria de trabajo o memoria operativa. En ella se presenta un grupo de personajes entre los que hay que localizar y contar aquellos que se indican en el enunciado. Los procesos cognitivos implicados en Recuento de tropa son: memoria de trabajo, cálculo mental, atención selectiva y rastreo visual.(Sardinero, 2017).

#### 1.12.5.3 Coordenadas

En esta tarea el niño o la niña tiene que discriminar estímulo, distractores de una cuadrícula e informar sobre su posición utilizando como referencia la conjunción de la letra de la columna y el número de la fila en que se encuentran. En esta tarea los procesos cognitivos implicados son: rastreo visual espacial de la atención, memoria de trabajo viso espacial, atención selectiva. (Sardinero, 2017)

#### 1.12.5.4 Inventario

Es la última tarea que compone el Aventura pirata. El niño o la niña tienen que verificar un conjunto de dibujos de objetos y de personas con una lista escrita en un pergamino que representa el estado de la bodega la última vez que se revisó. A partir de esa revisión deberá averiguar qué mercancía se ha añadido y qué objetos se han agotado.

En esta tarea los procesos cognitivos involucrados son: Funciones ejecutivas: planificación, secuenciación y supervisión de la ejecución. Flexibilidad en la elección y aplicación de las

estrategias de respuestas. Atención selectiva y rastreo visual. Identificación perceptiva y denominación de dibujos.(Sardinero, 2017)

#### 1.12.6 Recomendaciones generales sobre la aplicación

El programa Aventura Pirata está destinado para niños y niñas con TDAH con edades entre 6 y 12 años de edad o que presenten otros trastornos del neurodesarrollo. Se divide en tres niveles adaptados por dificultad según la edad a la que van destinados, se recomienda ir alternando las fichas referentes a cada tipo de actividad en vez de realizar un entrenamiento intensivo en el que se utilicen de forma secuenciada.

No es obligatorio realizar todas las fichas, sino que el profesional deberá ir ajustando el nivel dependiendo de la progresión del niño a la niña, pudiéndose saltar algunas si lo ve necesario. Durante la sesión es necesario tener en un lugar visible la lámina con las autoinstrucciones. Durante las primeras sesiones el profesional será el que guíe la resolución de la ficha.(Sardinero, 2017)

#### 1.12.7 El entrenamiento autoinstruccional en el marco de la terapia

El entrenamiento en autoinstrucciones ha sido aplicado en el ámbito clínico y educativo de forma grupal o individual con el propósito de aumentar la capacidad de concentración y planificación (Meichenbaum, 1977), mejorar el rendimiento académico (Cameron y Robinson, 1980), potenciar las habilidades sociales (Shure, 1981) o reducir el estilo cognitivo impulsivo (Rivera-Flores, 2015), por citar algunos. (Sardinero, 2017)

Según Ribera-Flores (2015), “las autoinstrucciones ayudan a las personas con TDAH a adoptar una actitud más sistemática y productiva hacia las tareas y la resolución de problemas.



El entrenamiento en autoinstrucciones debe considerarse como una técnica dentro de las herramientas que deben conformar un intervención cognitivo-conductual completa supervisión y monitorización de la ejecución. (Sardinero, 2017)

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

## 2.1. Planteamiento del Problema

Según Barkey, 1998, Castellanos y Tannock, 2002; Corbett y Stanczak, 1999; Toone, 2004. El TDAH es el trastorno de conducta más frecuente en la infancia, y se estima que entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar están afectados por este problema. Según Gittelman et al., 1985; Taylor et al., 1996; G. Weiss et al., 1985. Los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado que en un alto porcentaje de casos existe un mantenimiento de los síntomas durante la adolescencia que alcanza hasta las evaluaciones realizadas cuando son adultos. Según Biederman et al., 1993. Se ha calculado que entre el 30 y el 70% de los niños con TDAH en la infancia continúan presentando síntomas durante la edad adulta (Biederman et al., 1993), con lo que se calcula que la prevalencia de TDAH en la población general podría llegar al 1-2% (Barkley, 1998). No obstante, existe un amplio rango de prevalencias reportadas, debido, al menos en parte, a la variabilidad en la metodología de los estudios y a los criterios diagnósticos utilizados (Wolf y Wasserstein, 2001). ((Redondo, 2009)

Desde el punto de vista de Miranda et al. (1999), el Déficit de Atención es el síntoma más duradero e incapacitante a nivel académico, laboral y social, mientras que la Hiperactividad y la impulsividad tienden a remitir o atenuarse con el paso de los años. Por tanto, si se desea que el impacto negativo de las capacidades atencionales deficientes sea mínimo, es necesario profundizar en el estudio de los mecanismos atencionales de las personas con TDAH.

Según un estudio realizado por las doctoras Gabrielle Britton, Emelyn Sánchez y Silvia Velarde en 2009, la prevalencia del TDAH en Panamá es de 7.4%, siendo el 1.8% del tipo inatento, 3.2% del tipo hiperactivo-impulsivo y un 2.3% de tipo combinado

Según el DSM-V establece que la prevalencia de este trastorno es aproximadamente el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos de la población general. (Asociación Americana de Psiquiatría).

En definitiva, las manifestaciones más habituales del TDAH en el adulto son las siguientes: dificultades en el trabajo y mantenimiento del puesto laboral, escasa habilidad para finalizar las tareas, desorden, poca autodisciplina, inconstancia en las metas y objetivos, baja autoestima, frecuentes olvidos y despistes, falta de concentración, dificultades para mantener

las amistades y conflictos en la relación de pareja. Los problemas de organización de estos pacientes son tanto en el espacio como en el tiempo y se plasman en desorden con el material que se usa, problemas en el manejo del tiempo, dificultades para sujetarse a un horario y escasa capacidad de planificación y previsión. Todo esto condiciona retrasos e impuntualidad, acumulación de tareas y escaso sentido de los requerimientos temporales de las actividades.

Por todo lo anterior, el planteamiento del problema que guía esta investigación es: ¿El Programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata disminuirá los comportamientos característicos de niños con TDAH?

## 2.2. Hipótesis

### a. Hipótesis de Investigación

El Programa de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual, “Aventura Pirata”, será eficaz para aumentar los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida y disminuir la impulsividad en niños entre los 10 a 12 años, que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.

### b. Hipótesis Estadística

Ho: El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual, “Aventura Pirata”, no logrará aumentar los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida y disminuir la impulsividad en niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.

Hi: El Programa de intervención terapéutica cognitiva conductual, “Aventura Pirata”, logrará aumentar los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida y disminuir la impulsividad en niños que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.

### 2.3.Objetivos

#### Objetivo General propósitos, ideas intenciones

- a. Describir las características de niños y niñas con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en edades entre 10 a 12 años.
- b. Adaptar el programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata para la atención selectiva, sostenida y dividida de niños y niñas con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en edades entre 10 a 12 años.
- c. Reconocer los procesos de atención selectiva, sostenida y dividida en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA) en edades entre 10 a 12 años.
- d. Identificar niños y niñas con impulsividad que cumplan los criterios, según el DSM- V del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en edades entre 10 a 12 años.

#### Objetivos Específicos:

- a. Mejorarlos procesos de atención selectiva, sostenida y dividida, en niños de 10 a 12 años con Déficit de Atención e Hiperactividad de un colegio de la capital.
- b. Disminuir los niveles de impulsividad en niños de 10 a 12 años con Déficit de Atención e Hiperactividad de un colegio de la capital.
- c. Identificar los beneficios adicionales que brinda el programa Aventura Pirata en el desarrollo de habilidades en niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, entre 10 a 12 años, de un colegio de la capital.
- e. Analizar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa Terapéutico Cognitivo Conductual Aventura Pirata, a fin de comprobar los efectos de dicho programa en niños con TDAH, entre 10 a 12 años, de un colegio de la capital.
- d. Validar estadísticamente la efectividad del Programa Cognitivo Aventura Pirata, en 18 sesiones, en niños de 10 a 12 años con Déficit de Atención e Hiperactividad

## 2.4. Diseño de Investigación

Se trata de un diseño pre-experimental, con pre prueba – post prueba y estudio de casos. En este diseño los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento y no existe aleatoriedad en la selección de la muestra.

Se aplicará el pre - test, luego se realizarán las sesiones, según el Programa de intervención terapéutica corte Cognitivo Conductual (Aventura Pirata) y posteriormente, se aplicará el post - test al final del tratamiento.

Se realizarán 7 sesiones, de 30 minutos cada una, tres veces por semana, el número de participantes es de 10 niños entre 10 años y 12 años, que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad de un colegio de la capital.

## 2.5. Variables

2.5.1. Variable Independiente: Programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata

2.5.2. Variable Dependiente: Déficit de atención e hiperactividad, atención selectiva, sostenida, dividida e impulsividad.

Definición conceptual de la variable independiente:

Programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata:

El programa Cognitivo Conductual Aventura pirata ha sido concebido para mejorar la capacidad atención de los niños y niñas de 6 a 12 años de edad con trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Tiene la finalidad de mejorar la capacidad atencional de niños y niñas diagnosticados con TDAH, mediante el entrenamiento en auto instrucciones, con el objetivo de que adquiera un estilo más reflexivo, independiente y organizado.

Cuenta con 180 fichas divididas en 3 niveles. Cada nivel consta de 4 tipos de actividades diferentes. Se basa en la teoría de Meichenbaum y Orjales. Permite adaptar las fichas al nivel real del niño.

El programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata busca implementar el entrenamiento auto instruccional pasando por cinco etapas a lo largo de las sesiones:

Modelaje cognitivo, Guía Externa, Auto guía manifiesta y Auto guía manifiesta atenuada  
Auto instrucción encubierta.

Definición operacional de la variable independiente:

Conjunto de 20 sesiones aproximadamente, de 30 minutos cada una, tres veces a la semana, que se aplicará a un grupo de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad, aplicado de forma grupal, que contempla el uso de un cuadernillo del tercer nivel, que consta de 4 tipos de tareas (mapa pirata, recuento de la tropa, coordenadas e inventario) compuestas por 15 fichas cada una de ellas. El programa incluye una lámina independiente con las autoinstrucciones para que puedan estar presentes durante el desarrollo de las tareas. En cada sesión se trabajarán 3 fichas.

Los niveles están graduados por dificultades, así como cada una de las fichas que componen las 4 actividades. Se trabajará con el tercer nivel.

Cuadro No 6

*Actividades, niveles del programa Aventura Pirata*

Actividades	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1
	De 1° a 2° de primaria. De 6 – 8 años	De 3° a 4° de primaria. De 8 – 10 años	De 5° a 6° de primaria. De 10 – 12 años
Mapa Pirata	15	15	15
Recuento de la Tropa	15	15	15
Coordenadas	15	15	15
Inventarios	15	15	15
Total	60	60	60

Fuente: Entrenamiento de la Atención y de las Funciones Ejecutivas mediante la Autoinstrucción. Manual Aventura Pirata, André Sardinero

## Definición Conceptual de las Variables Dependientes

### Déficit de Atención e Hiperactividad

El TDAH se considera un trastorno neurológico que influye en la capacidad para controlar el nivel de actividades motora (hiperactividad), para determinar que estímulos externos son relevantes (distracción), y para reflexionar antes de actuar (impulsividad).

#### Atención selectiva

Tipo de atención que se produce cuando un organismo atiende de forma selectiva a un estímulo o a algún aspecto de este estímulo, de forma preferente a los otros estímulos. Está relacionada con la capacidad limitada del propio acto atencional, que conlleva a la selección de estímulos.

#### Atención sostenida

Tipo de atención a partir de la cual el sujeto es capaz de mantener el foco de atención y permanecer alerta delante de los estímulos durante períodos de tiempo más o menos largos.

#### Atención dividida

Es un tipo de atención simultánea cuya función es procesar diferentes fuentes de información que se dan a la vez o ejecutar de forma simultánea diferentes tareas.

#### Impulsividad

Patrón de conductas exageradas para la edad que refleja una dificultad intensa persistente para controlar las acciones y pensar antes de actuar.



Definición Operacional de la Variable Dependiente:

Déficit de Atención e Hiperactividad, atención selectiva, sostenida, dividida e impulsividad:

Se evaluarán a partir de las entrevistas iniciales a los padres y a los maestros, para obtener información de la escuela, revisión de antecedentes familiares y personales. También se medirá a través de la aplicación de los instrumentos estandarizados Escala de CONNERS para padres, el cuestionario EDAH (Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) para maestros y el test de Percepción Diferencias de Caras.

## 2.6. Población y Muestra:

### 2.6.1. Población

La población estuvo conformada por los pacientes con diagnóstico de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que asisten a un colegio particular, de la capital. Esta institución educativa ofrece sus servicios a una población considerable con dicho diagnóstico, cuenta con un gabinete psicopedagógico y un especialista por salón, pero los pacientes del programa son tratados con especialistas externos a la institución a la cual asisten.

### 2.6.2. Muestra

La muestra utilizada para el desarrollo de la investigación está conformada por estudiantes de ambos sexos, con un rango de edad entre los 10 a 12 años, con Déficit de Atención e Hiperactividad, diagnosticados, según criterios establecidos en el DSM-5 y que cumplan con los criterios de inclusión. Nuestro diseño de selección de muestra es el llamado selección de muestra por conveniencia. John W. Creswell (2008), lo define como un procedimiento de muestra no probabilística cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dispuestos y disponibles para ser estudiados.

Criterios de inclusión:

1. Que cumplan con los criterios de definición de signos y síntomas, según nuestros instrumentos de medición, la escala de Conners para padres, inventario EDHA (Escala de Evaluación para el Déficit de Atención e Hiperactividad) para maestros y el test de Diferencias de Caras.
2. Ser estudiantes regulares del colegio.
3. Estar en el rango de edad requerida.
4. Asistir a la terapia.
5. Presentar un diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad.
6. No poseer otro diagnóstico clínico psicológico
7. El estar en tratamiento médico por esta condición no lo excluye de la muestra.

Criterios de exclusión:

1. Que sean menores de 10 años y mayores de 12 años.
2. Que no quieran participar de la terapia.
3. Que no cumplan los criterios de signos y síntomas de Déficit de Atención e Hiperactividad, del DSM-V.
4. Padecer de algún diagnóstico o patología a nivel de salud mental.
5. No asistir a dos sesiones
6. No cumplir con los criterios de inclusión.
7. Padecer problemas visuales o auditivos.
8. Negarse a firmar el consentimiento informado.

## 2.7. Instrumentos de Medición y Evaluación

### 2.7.1. Entrevista clínica

Para la psicología, la entrevista es el instrumento por excelencia para obtener y recabar datos; se utiliza para obtener información en los procesos que se vayan a evaluar, en el diagnóstico clínico.

Es importante saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que se harán para cualquier tipo de entrevista.(Rodríguez, 2012)

El objetivo de todos los tipos de entrevista es el mismo: obtener información confiable, válida y pertinente para orientar la toma de decisiones.

La entrevista no sólo es un instrumento de recolección de información, en la psicología es una relación humana interpersonal, conformada por elementos subjetivos y objetivos. Esta relación humana permite la creación de vínculos significativos entre el entrevistador y el entrevistado. Estos vínculos permiten un proceso de comprensión humana que facilitan al entrevistador para entender las necesidades, motivos, procesos cognitivos y afectivos en general del paciente.(Rodríguez, 2012)

Para todo tipo de proceso psicológico se hace necesario la utilización de una entrevista, que la definiremos como “Una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupal, que se establece con la finalidad, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo” (Aragón, 2002). Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador.

De acuerdo al objetivo psicológico hay diversos tipos de entrevista, abordaremos la entrevista clínica, cuyo objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto: sus motivaciones, frustraciones y dinámica de personalidad.

### 2.7.2. Escala de Conners para padres:

En el proceso de evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad se utilizan diferentes procedimientos e instrumentos. Entre ellos encontramos la "Escala de CONNERS".

Para Padres (C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). En su forma abreviada (CPRS-48) las 48 preguntas se reparten en 5 factores:

1. Problemas de conducta
2. Problemas de aprendizaje
3. Quejas psicósomáticas.
4. Impulsividad-Hiperactividad
5. Ansiedad

Tiempo de administración: 5-10 minutos.

Aplicación de las escalas

Cada pregunta describe una conducta característica de estos niños/as, que los padres o los profesores deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se presenten.

Para responder un formato de escala de Likert con 4 posibles opciones:

- Nada = 0
- Poco = 1
- Bastante = 2
- Mucho = 3

Corrección de las escalas

Para valorar los datos, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en el índice global de la Escala (antes índice de hiperactividad):

- En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 70 o mayor o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos.

Utilidad de las escalas

- Diagnóstico clínico
- Control de tratamiento (medicación)
- Proyección
- Investigación (Conners, 1969)

### 2.7.3. Caras-R Test de Percepción de diferencia – Revisadas

El Test de Percepción de Diferencias, CARAS, consta de 60 elementos gráficos, cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas y pelo representados con trazos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferente y tacharla.

En la versión revisada CARAS-R se consideran el número de aciertos y de errores cometidos por el sujeto. Con estas dos puntuaciones es posible obtener el número de aciertos neto y un índice de control de la impulsividad, de forma que es posible relacionar el rendimiento con el estilo de respuesta.

De esta forma se han elaborado nuevos baremos para cada una de las puntuaciones a partir de los datos de aplicaciones en población escolar llevadas a cabo en los últimos años en España y Argentina.

El coeficiente de confiabilidad del test de Diferencias de Caras es de 0.90

Para la aplicación del CARAS-R serán necesarios los siguientes materiales:

- Manual: en él se incluyen las instrucciones de aplicación, corrección e interpretación.
- Ejemplar auto-correctible: contiene los elementos de la prueba y está diseñado para anotar en él las respuestas y poder proceder a su corrección.
- Cronómetro.
- Lapiceros.(Yela, 2012)

### 2.7.4. Escala para la evaluación del Trastorno de déficit de Atención con hiperactividad – EDAH

El cuestionario deberá ser contestado por el profesor del niño/a. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia con que se percibe la conducta descrita, siendo: Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3.

Cada puntuación se transforma en su puntuación percentil correspondiente consultando las tablas de baremos. En ellas se incluyen también distintos puntos de corte que establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno.

Aunque según los criterios del DSM-IV es suficiente superar el punto de corte en solo uno de los factores, los autores sugieren que debe superarse el punto de corte en la suma de las dos subescalas. Si se superara, se observaría la carga de cada factor para averiguar el subtipo de TDAH.

Obviamente no debe ser un único instrumento de evaluación, y su utilidad puede ser distinta según el momento diagnóstico. Puede utilizarse en una primera fase como screening que permita al evaluador elaborar hipótesis diagnósticas o, en una fase más avanzada del diagnóstico. En caso de que el sujeto reciba medicación, el cuestionario puede utilizarse para la valoración y seguimiento de los efectos terapéuticos. (Juan, 2013)

Se trata de un instrumento de gran sencillez tanto por el tipo de material utilizado como por la facilidad de corrección y puntuación. Para el profesor supone poco esfuerzo puesto que los ítems son pocos y es de fácil comprensión, por tanto, la inversión de tiempo es mínima. El evaluador (MarcadorDePosición1) puede hacer una rápida valoración cuantitativa y, la subclasificación permite también dar orientaciones en base a una evaluación cualitativa. (Stallard, Pensar bien. Sentirse bien, 2007)

## 2.8. Limitaciones

Dada las características de la población con la que se deseaba trabajar, fue difícil al inicio de la investigación conseguir una población con estas características, las autorizaciones por parte de la institución y los padres de familia. Se deseaba una población cautiva ya que esto permitiría que los pacientes estuvieran en las sesiones para evitar la muerte de la población y el traslado del terapeuta. La institución en la que se pretendía realizar la investigación exigía muchos protocolos para realizar de la misma, por la que se tuvo que buscar un horario de atención que no afectara a los estudiantes que participarían y de igual forma al terapeuta no se le chocaran con sus horas laborables.

Otra limitación de esta investigación la autorización de los padres para que sus hijos que cumplieran con los criterios de inclusión pudieran participar en la investigación, 20 pacientes cumplieran los requerimientos y solo 10 padres dieron su autorización. Durante la terapia, un paciente tuvo que salir de la terapia debido a problemas de disposición. Al final, nueve pacientes culminaron la terapia.

Otra limitante importante fue el programa que se utilizó en la terapia “Aventura Pirata”, como es reciente, no se cuenta con resultados de investigaciones en donde se haya aplicado dicha terapia.

## 2.9. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 23). Dado el número de casos (9) se utilizó una prueba no paramétrica para muestras relacionadas, la prueba de Wilcoxon de los rangos con signos de muestras relacionadas. Esta permite rechazar o no rechazar la hipótesis nula de la investigación. Las variables que se utilizaron para el análisis estadístico son de tipo cuantitativo (numérico) y se midieron antes y después de la aplicación del tratamiento.

**CAPITULO III**

**RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**



## Resultados

Los resultados de ésta investigación fueron obtenidos de una muestra de 9 niños con un rango de edad entre 10 - 12 años con Déficit de Atención e Hiperactividad. Al inicio de la misma 10 pacientes comenzaron en el programa de tratamiento, pero sólo nueve lo culminaron. Para preservar la identidad de los participantes de la investigación, cada sujeto fue identificado con un número designado por la investigadora durante el estudio y así guardar la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los datos obtenidos se presentan en tablas y gráficos con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para el análisis de los resultados de la estadística inferencial. Este estadístico se utiliza para realizar pruebas de hipótesis acerca de la mediana.

Los resultados que se presentan a continuación fueron obtenidos de las siguientes pruebas: Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas), Test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Hiperactividad, Test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Déficit de Atención, Cuestionario de conducta de Conner para Padres Sub-escala: Índice de Hiperactividad, Cuestionario de conducta de Conner para Padres Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.

## Descriptivos

La Tabla No1. Describe la distribución de la muestra de acuerdo al sexo. De la muestra original, se produjo una mortalidad experimental de 1 sujetos. El número total de participantes que completaron el programa fue de 9 niños, tal como se describe en la tabla No1. A continuación:

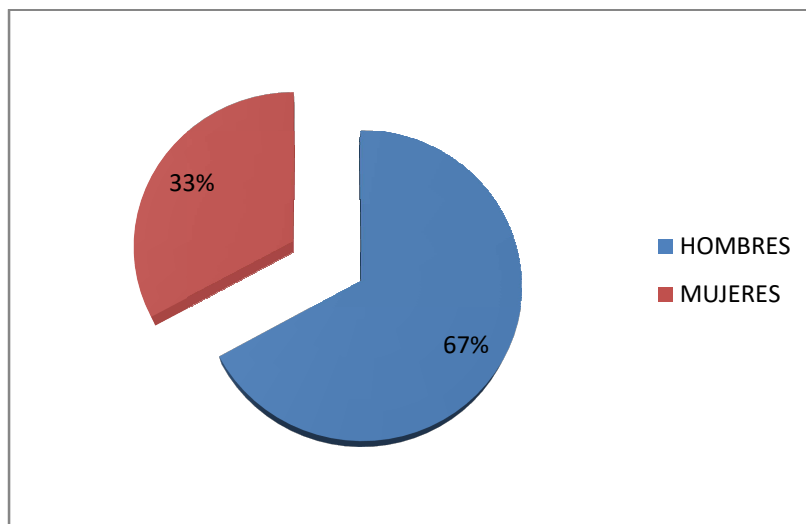
**Tabla No. 1**

***Distribución de la muestra de acuerdo al sexo***

Género	Cantidad	%
<b><i>HOMBRES</i></b>	6	67%
<b><i>MUJERES</i></b>	3	33 %
TOTAL	9	100%

Hernández, R. 2018.

**Gráfica No.1 Distribución de la muestra de acuerdo al sexo**



Hernández, R. 2018.

En la Gráfica No.1, se puede observar que la muestra estuvo conformada 9 niños, de los cuales 6 eran del sexo masculino, representando el 67% de la muestra y 3 del sexo femenino, representando el 33% de la muestra. No hubo una homogeneidad en cuanto al sexo de la muestra.

**Tabla No.2**

*Aspectos descriptivos de la muestra de acuerdo a la edad, nivel educativo, tratamiento psicológico y grupo étnico de la muestra.*

Sujeto	Edad	Sexo	Nivel educativo	Tratamiento Psicológico	Nivel Económico	Grupo étnico
1	11 años	F	6° grado	No	Alto	Latino
2	11 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
3	12 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
4	12 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
5	12 años	F	6° grado	No	Alto	Latino
6	11 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
7	12 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
8	11 años	M	6° grado	No	Alto	Latino
9	12 años	F	6° grado	No	Alto	Latino

Hernández, R. 2018.

En la tabla No.2, se describe los aspectos descriptivos de la muestra de acuerdo a la edad, nivel educativo, tratamiento psicológico y grupo étnico de la muestra.

Las edades de los sujetos fueron heterogéneas, entre los 11 a 12 años de edad. De los cuales 4 tenían 11 años y 5 tenían 12 años de edad.

En cuanto al nivel educativo, los sujetos presentan una muestra homogénea pues todos están el sexto grado de primaria de una escuela particular de la ciudad, es decir, el 100% de la muestra está en sexto grado. Todos los niños de este estudio tienen un nivel económico alto.

Los sujetos que participaron todos habían recibido en tiempo pasado tratamiento psicológicos y algunos fueron medicados, en la actualidad no llevan ningún tratamiento, y no estaban medicados. Es decir, el 100% de los sujetos no estaba recibiendo tratamiento psicológico al momento de participar en programa de intervención ni tomando medicamentos.

La muestra fue homogénea en que los sujetos de la muestra son latinos y cumplieron los criterios de inclusión (descritos en el capítulo III).

**Tabla No. 3**

***Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas)***

Sujeto	Centiles	Pres Test			Post Test	
		Eneatipos	Nivel	Centiles	Eneatipos	Nivel
1	15	3	Medio bajo	25	4	Medio
2	23	3	Medio bajo	60	5	Medio
3	20	3	Medio bajo	50	5	Medio
4	15	3	Medio bajo	77	6	Medio
5	20	3	Medio bajo	65	6	Medio
6	23	3	Medio bajo	50	5	Medio
7	20	3	Medio bajo	55	5	Medio
8	20	3	Medio bajo	97	9	Muy alto
9	20	3	Medio bajo	23	3	Medio bajo

**Nota: Baremos de escolares enseñanza primaria por edades (varones y mujeres)**

La tabla No.3, muestra las puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas). Las puntuaciones pre-test y post-test se obtuvieron de las puntuaciones de la prueba: CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias Revisadas. Baremos de escolares de enseñanza primaria por edades (varones y mujeres). Donde las puntuaciones directas de los aciertos netos se transformaron en centiles. Además nos muestra un puntaje que corresponde a los eneatisos, que nos indica en qué nivel del trastorno se encuentra el sujeto estudiado.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test: centiles de 15, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 25, Eneatisos de 3 y nivel medio.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test: centiles de 23, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 60, Eneatisos de 5 y nivel medio.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test: centiles de 20, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 50, Eneatisos de 5 y nivel medio.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test: centiles de 15, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 77, Eneatisos de 8 y nivel medio.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test: centiles de 20, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 65, Eneatisos de 6 y nivel medio.

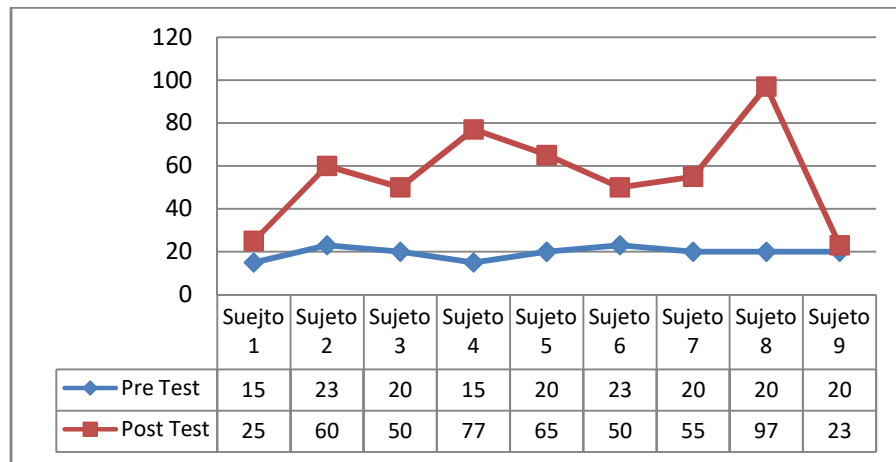
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test: centiles de 23, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 50, Eneatisos de 5 y nivel medio.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test: centiles de 20, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 55, Eneatisos de 5 y nivel medio.

El sujeto 8, obtuvo en el pretest: centiles de 20, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 97, Eneatisos de 9 y nivel muy alto.

El sujeto 9, obtuvo en el pre-test: centiles de 20, Eneatisos de 3, Nivel medio bajo; en el post-test obtuvo centiles de 23, Eneatisos de 3 y nivel medio bajo.

**Gráfica No.2. Puntuaciones T obtenidas en el Pre-test y Post-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas)**



Hernández, R. 2018.

En la gráfica No.2, se presentan las puntuaciones T obtenidas en el pre-test y pos-test de la prueba CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas). Podemos observar que en las puntuaciones del pre-test los puntajes eran menores que los puntajes del pos-test. Los 9 niños aumentaron su nivel de atención sostenida.

Se puede concluir que hubo diferencia en los puntajes del pre-test y pos-test después del tratamiento psicológico.

**Tabla No. 4**

***Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres obtenidos de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo***

Sujeto	Pre- Test		Post –Test	
	Puntaje	Centil	Puntaje	Centil
1	7	66	3	49
2	12	85	10	76
3	9	76	8	72
4	6	63	4	53
5	8	73	2	45
6	9	72	10	76
7	6	63	9	76
8	10	76	11	81
9	7	69	5	60

Hernández, R. 2018.

La Tabla No. 4, muestra las puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres obtenidos de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7 y un centil de 66; en el pos-test obtuvo un puntaje de 3 y un centil de 49.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12 y un centil de 85; en el pos-test obtuvo un puntaje de 10 y un centil de 76.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 76; en el pos-test obtuvo un puntaje de 8 y un centil de 72.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6 y un centil de 63; en el pos-test obtuvo un puntaje de 4 y un centil de 53.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 8 y un centil de 73; en el pos-test obtuvo un puntaje de 2 y un centil de 45.

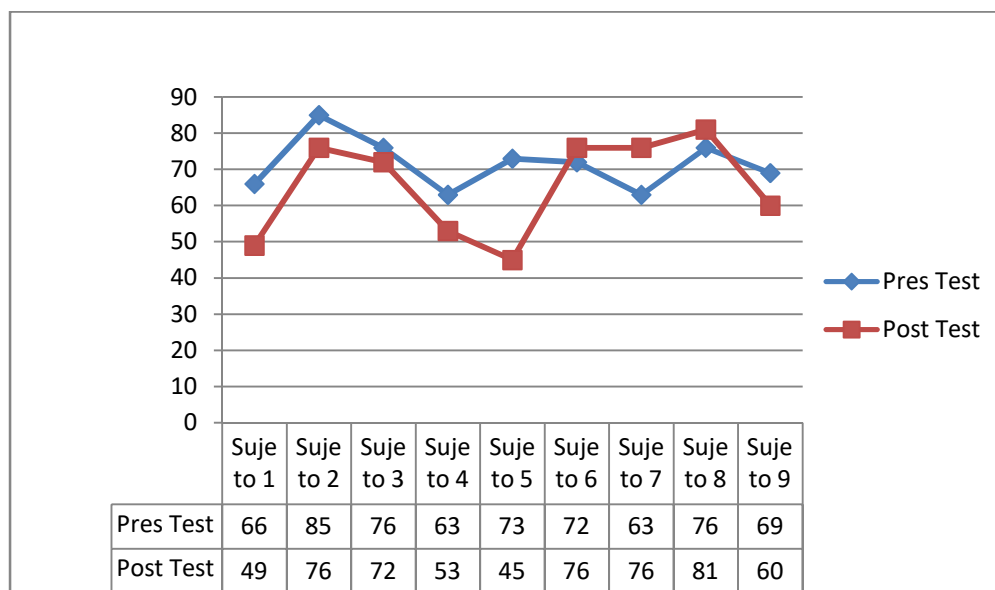
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 72; en el pos-test obtuvo un puntaje de 10 y un centil de 76.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6 y un centil de 63; en el pos-test obtuvo un puntaje de 9 y un centil de 76.

El sujeto 8, obtuvo en el pre-test un puntaje de 10 y un centil de 76; en el pos-test obtuvo un puntaje de 11 y un centil de 81.

El sujeto 9, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7 y un centil de 69; en el pos-test obtuvo un puntaje de 5 y un centil de 60.

**Gráfica No.3. Puntuaciones Pre-test y Post-test Cuestionarios de conducta de Conner para Padres, Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo**



Hernández, R. 2018.

La Gráfica No.3, muestra las puntuaciones Pre-test y Post-test Cuestionarios de conducta de Conner para Padres, Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo. Se observa que seis de los sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test; en cambio, dos sujetos presentaron una disminución en la puntuación.

**Tabla No. 5**

***Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad***

Sujeto	Pre- Test		Post –Test	
	Puntaje	Centil	Puntaje	Centil
1	9	61	8	59
2	22	74	14	61
3	13	70	11	65
4	9	61	7	56
5	11	88	7	57
6	14	61	15	63
7	17	79	19	84
8	20	70	17	66
9	6	68	4	59

Hernández, R. 2018.

En la Tabla No. 5, se observan las puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 61; en el pos-test obtuvo un puntaje de 8 y un centil de 59.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 22 y un centil de 74; en el pos-test obtuvo un puntaje de 14 y un centil de 61.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 13 y un centil de 70; en el pos-test obtuvo un puntaje de 11 y un centil de 65.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 61; en el pos-test obtuvo un puntaje de 7 y un centil de 56.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 11 y un centil de 88; en el pos-test obtuvo un puntaje de 7 y un centil de 57.

El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 14 y un centil de 61; en el pos-test obtuvo un puntaje de 15 y un centil de 63.

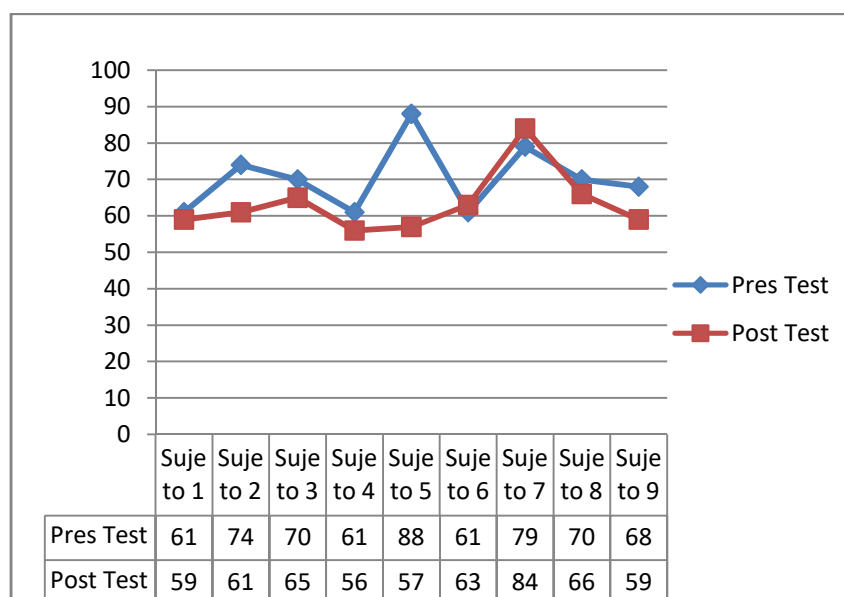
El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 17 y un centil de 79; en el pos-test obtuvo un puntaje de 19 y un centil de 84.

El sujeto 8, obtuvo en el pre-test un puntaje de 20 y un centil de 70; en el pos-test obtuvo un puntaje de 17 y un centil de 66.

El sujeto 9, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6 y un centil de 68; en el pos-test obtuvo un puntaje de 4 y un centil de 59.



**Gráfica No.4. Puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad**



Hernández, R. 2018.

La Gráfica No.4, presenta las puntuaciones Pre-test y Post-test del Cuestionarios de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad. Se observa que ocho de los sujetos presentaron un aumento en las puntuaciones T en el post-test; en cambio, un sujeto presentó una disminución en la puntuación.

**Tabla No. 6**

***Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Hiperactividad***

Sujeto	Pre- Test		Post -Test	
	Puntaje	Centil	Puntaje	Centil
1	9	91	6	70
2	13	99	12	98
3	11	97	8	85
4	7	80	1	15
5	5	85	0	5
6	9	91	8	85
7	9	91	5	60
8	9	91	1	15
9	8	85	0	5

Hernández, R. 2018.

En la Tabla No. 6, se describen las puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Hiperactividad.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 91; en el pos-test obtuvo un puntaje de 6 y un centil de 70.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 13 y un centil de 99; en el pos-test obtuvo un puntaje de 12 y un centil de 98.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 11 y un centil de 97; en el pos-test obtuvo un puntaje de 8 y un centil de 85.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7 y un centil de 80; en el pos-test obtuvo un puntaje de 1 y un centil de 15.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 5 y un centil de 85; en el pos-test obtuvo un puntaje de 0 y un centil de 5.

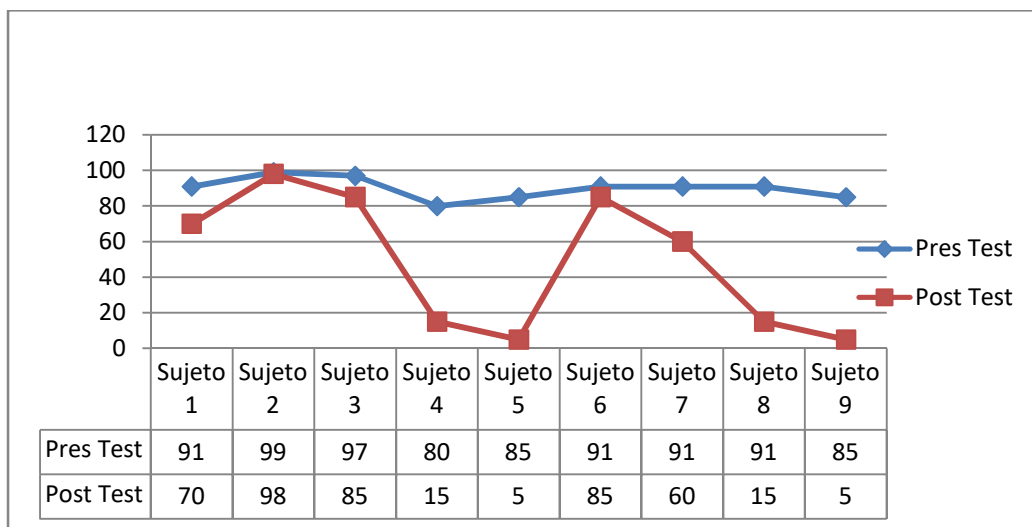
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 91; en el pos-test obtuvo un puntaje de 8 y un centil de 85.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 91; en el pos-test obtuvo un puntaje de 5 y un centil de 60.

El sujeto 8, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 91; en el pos-test obtuvo un puntaje de 1 y un centil de 15.

El sujeto 9, obtuvo en el pre-test un puntaje de 8 y un centil de 85; en el pos-test obtuvo un puntaje de 0 y un centil de 5.

**Gráfica No.5. Puntuaciones Pre-test y Post-test de la Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad**



Hernández, R. 2018.

En la gráfica No.5, se observan las puntuaciones pre-test y post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la sub escala Sub - escala: Hiperactividad. Se observa que todos sujetos presentaron una disminución en las puntuaciones T en el post-test.

**Tabla No. 7**

***Puntuaciones Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención***

Sujeto	Pre- Test		Post –Test	
	Puntaje	Centil	Puntaje	Centil
1	10	93	9	91
2	15	99	13	99
3	10	93	5	60
4	12	97	8	85
5	12	97	10	93
6	12	99	10	93
7	9	90	14	99
8	8	85	4	55
9	16	99	15	99

Hernández, R. 2018.

En la Tabla No. 7, se muestran las puntuaciones del Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 10 y un centil de 93; en el pos-test obtuvo un puntaje de 9 y un centil de 91.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 15 y un centil de 99; en el pos-test obtuvo un puntaje de 13 y un centil de 99.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 10 y un centil de 93; en el pos-test obtuvo un puntaje de 5 y un centil de 60.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12 y un centil de 97; en el pos-test obtuvo un puntaje de 8 y un centil de 85.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12 y un centil de 97; en el pos-test obtuvo un puntaje de 10 y un centil de 93.

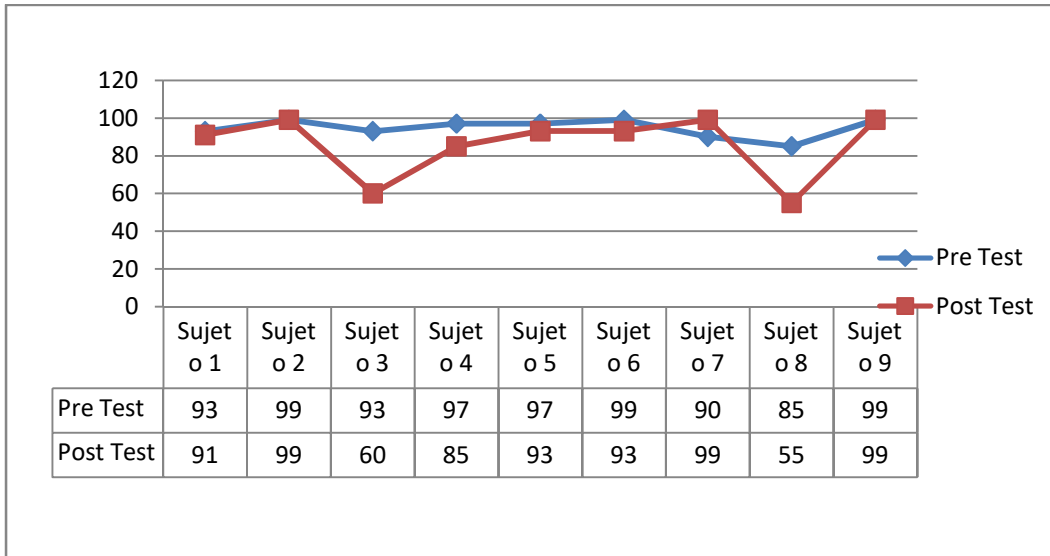
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12 y un centil de 99; en el pos-test obtuvo un puntaje de 10 y un centil de 93.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9 y un centil de 90; en el pos-test obtuvo un puntaje de 14 y un centil de 99.

El sujeto 8, obtuvo en el pre-test un puntaje de 8 y un centil de 85; en el pos-test obtuvo un puntaje de 4 y un centil de 55.

El sujeto 9, obtuvo en el pre-test un puntaje de 16 y un centil de 99; en el pos-test obtuvo un puntaje de 15 y un centil de 99.

**Gráfica No.6. Puntuaciones del Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención e Hiperactividad**



Hernández, R. 2018.

En la Gráfica No.6, se presentan las puntuaciones del Pre-test y Post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención e hiperactividad. Se observa que seis sujetos presentaron una disminución en las puntuaciones T en el post-test y dos sujetos mantuvieron las puntuaciones T en el post-test y un sujeto aumento las puntuaciones T en el post-test.

#### Estadística inferencial

A continuación, se muestra el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el programa estadístico SPSS para las puntuaciones pre-test y post-test para cada uno de las sub escala de los test que se aplicaron.

Para el análisis de la estadística inferencial se utilizó la Prueba de Wilcoxon de rangos con signos de muestras relacionadas para la comparación de las medianas del pretest y el post testt ( $H_0$  Vs  $H_1$ ). El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

**Tabla No.8**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el pos-test del Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).*

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Acierto post - Acierto pre	Rangos negativos	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Rangos positivos	9 <sup>b</sup>	5.00	45.00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	9		
a. Acierto post < Acierto pre				
b. Acierto post > Acierto pre				
c. Acierto post = Acierto pre				

**Tabla No.9**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas).*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
	Acierto post - Acierto pre
Z	-2.666 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0.008
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon	
b. Basado en los rangos negativos.	

En la tabla No.9. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test del Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas) utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor  $p=0.008$ ) es menor que nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ . El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” mejoró los niveles de atención sostenida, selectiva y dividida. Las puntuaciones del post-test de los niveles de atención sostenida, selectiva y dividida si

presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**Tabla No. 10**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el post-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo*

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Impulsivo post - Impulsivo pre	Rangos negativos	6 <sup>a</sup>	5.58	33.50
	Rangos positivos	3 <sup>b</sup>	3.83	11.50
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	9		

a. Impulsivo post < Impulsivo pre  
b. Impulsivo post > Impulsivo pre  
c. Impulsivo post = Impulsivo pre

**Tabla No. 11**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el post-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
Impulsivo post - Impulsivo pre	
Z	-1.305 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0.192

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon  
b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla No. 11. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test del **Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo** utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa para aceptar la Hipótesis Nula y rechazar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor  $p=0.19$ ) es mayor que nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ . El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones post-test de los niveles de impulsividad en el Cuestionario de conducta de Conners para Padres no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**Tabla No. 12**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad*

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Índice post - Índice pre	Rangos negativos	7 <sup>a</sup>	5.50	38.50
	Rangos positivos	2 <sup>b</sup>	3.25	6.50
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	9		
a. Índice post < Índice pre				
b. Índice post > Índice pre				
c. Índice post = Índice pre				



**Tabla No. 13**

***Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad***

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
	Índice post - Índice pre
Z	-1.904 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0.057
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon	
b. Basado en los rangos positivos.	

En la tabla No. 13. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test del Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa para aceptar la Hipótesis Nula y rechazar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor  $p=0.057$ ) es mayor que nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ . El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones del post-test de los niveles de impulsividad en el Cuestionario de conducta de Connors para Padres no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**Tabla No. 14**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación de los promedios obtenidos en el test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad*

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Hiperactividad post - Hiperactividad pre	Rangos negativos	9 <sup>a</sup>	5.00	45.00
	Rangos positivos	0 <sup>b</sup>	.00	.00
	Empates	0 <sup>c</sup>		
	Total	9		

a. Hiperactividad post < Hiperactividad pre  
b. Hiperactividad post > Hiperactividad pre  
c. Hiperactividad post = Hiperactividad pre

**Tabla No. 15**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad*

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>		Hiperactividad post - Hiperactividad pre
Z		-2.668 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)		0.008

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon  
b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla No.15. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor  $p=0.008$ ) es menor que nivel de

significancia  $\alpha = 0.05$ . El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones del post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**Tabla No. 16**

*Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención*

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Deficit post - Deficit pre	Rangos negativos	6 <sup>a</sup>	4.33	26.00
	Rangos positivos	2 <sup>b</sup>	5.00	10.00
	Empates	1 <sup>c</sup>		
	Total	9		
a. Deficit post < Deficit pre				
b. Deficit post > Deficit pre				
c. Deficit post = Deficit pre				

**Tabla No. 17**

***Prueba de Wilcoxon para la comparación del estadístico de contraste del pre-test y el pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención***

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
	Deficit post - Deficit pre
Z	-1.120 <sup>b</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0.263
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon	
b. Basado en los rangos positivos.	

En la tabla No. 17. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticas significativa para aceptar la Hipótesis Nula y rechazar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor  $p=0.263$ ) es mayor que nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ . El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida. Las puntuaciones post-test de los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida en el Test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Déficit de Atención, no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

#### Discusión de los resultados

En el Test de Caras (Test de Percepción de Diferencias – Revisadas), con la significancia asintótica de ( $p = 0.008$ ) es menor al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de atención sostenida, selectiva y dividida. Las puntuaciones del post-test de los niveles de atención sostenida, selectiva y

dividida presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**En el Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Impulsivo-Hiperactivo,** con la significancia asintótica de ( $p = 0.192$ ) es mayor al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ), se confirmó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna. El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones post-test de los niveles de impulsividad en el Cuestionario de conducta de Conners para Padres no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**En el Cuestionario de conducta de Conner para Padres de la Sub-escala: Índice de Hiperactividad,** con la significancia asintótica de ( $p = 0.057$ ) es mayor al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ), se confirmó la hipótesis nula y rechazó la hipótesis alterna. El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones del post-test de los niveles de impulsividad en el Cuestionario de conducta de Conners para Padres no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**En el test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad,** Con la significancia asintótica de ( $p = 0.008$ ) es menor al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ), se rechazó la hipótesis nula y acepto la hipótesis alterna. El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de impulsividad. Las puntuaciones del post-test del test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Hiperactividad presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

**En el test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) de la Sub - escala: Déficit de Atención,** con la significancia asintótica de ( $p = 0.263$ ) es mayor al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ), se aceptó la hipótesis nula y rechazó la hipótesis alterna. El programa Cognitivo Conductual “Aventura Pirata” no disminuyó de forma estadísticamente significativa los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida. Las puntuaciones post-test de los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida en el Test de Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) Sub - escala: Déficit de Atención, no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

En conclusión:

Con un nivel de significancia de 0.05, las puntuaciones post-test obtenidas con la aplicación de las pruebas CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias-Revisadas), rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna. El Cuestionario de conducta de Conners para Padres, rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna y en el Test de Evaluación de Atención e Hiperactividad (EDAH), en la sub escala de Hiperactividad se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna y en la sub escala de déficit de atención se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. No hubo cambios estadísticamente significativos en el desempeño de los pacientes en las escalas de impulsividad- hiperactividad, índice de hiperactividad, hiperactividad y déficit de atención. Sin embargo hubo cambios estadísticamente significativos en el test de CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias-Revisadas) en el desempeño de los pacientes evaluadas después del tratamiento.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## Conclusiones

1. Hubo disminución en los niveles de atención selectiva, sostenida y dividida evaluadas después de la aplicación del programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata en pacientes con TDAH.
2. No se observaron diferencias significativas en la disminución de la impulsividad evaluadas después de la aplicación del programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata en pacientes con TDAH.
3. En todos los pacientes hubo un aumento y disminución en las puntuaciones T en el post test. Algunas se mantuvieron iguales.
4. Aunque la aplicación del tratamiento no mostró resultados estadísticamente significativos, se pudo observar que en algunos pacientes su desempeño en ciertas áreas mejoró después del tratamiento, comentadas por los maestros, en la atención.
5. Los resultados del programa Aventura Pirata dependen del tipo de paciente y factores que lo rodean, en los cuales el terapeuta no puede tener un control total.
6. Las dificultades a nivel conductual y académico son la queja principal de los maestros y padres, que afectan su vida diaria (relaciones con los demás, desempeño académico y conducta).
7. En mi experiencia en el uso del programa Cognitivo Conductual Aventura Pirata, sostengo que es de gran utilidad para modificar un estilo de pensamiento impulsivo a un estilo de pensamiento más reflexivo en pacientes con TDAH.



## Recomendaciones

1. Realizar estudios con una muestra más amplia. Ya que el número de pacientes en la terapia es de 9 sujetos, se pueden realizar estudios con distintos grupos de pacientes, escuelas oficiales, particulares, instituciones de apoyo, con pocos o muchos recursos económicos. El tener una muestra más amplia favorece la generalización de los resultados y aumenta la potencia estadística de los resultados que se obtengan.
2. Realizar entrevistas a las familias para conocer las conductas que presentan los pacientes en casa antes y después del tratamiento. Así poder tener información más válida de los cambios que se hayan presentado en los pacientes o la percepción de los padres.
3. Aplicar el programa Aventura Pirata para esta población de manera individual, de forma grupal hay momento que no hay control, sobre todo cuando todos quieren consultar los significados de las terminologías que no conocen y que son propias del país donde se creó el programa.
4. Es más atractivo combinar las tareas para que los pacientes realicen actividades diferentes y no caigan en la monotonía de lo mismo y de igual forma los niveles de dificultad se presentan de manera equilibrada, ya que algunas tarea son más complicadas que otras.
5. Los niveles en que se dividen las tareas por edades es de orientación, por lo que se recomienda usar el cuadernillo dependiendo de su nivel de desempeño y desarrollo neuropsicológico,
6. Para la transformación de un estilo cognitivo impulsivo hacia un estilo de pensamiento más reflexivo se requiere de una terapia, por un largo tiempo, para crear el hábito que propone el programa.

8. Es importante tener la lámina de las autoinstrucciones en un lugar visible en el lugar donde se realicen las sesiones, para que así el niño vaya interiorizando los pasos, que lo llevarán a la resolución de la ficha.

## **BIBLIOGRAFIAS**

- Acosta, E. G. (2006). Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases. Tesis. Madrid, España.
- Portela Sabari, Alba. (2016). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. MEDISAN (SciELO) , Vol. 2, n° 4.
- Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *Am J Orthopsychiatry*, 56(3), 413- 423.
- Arnold, L.E. (1996). Sex differences in ADHD: conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 555-569
- American Psychiatric Association., A. N. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM-5. Estados Unidos: Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2001). DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Angold, A., Costello, E.J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Artigas, J. (2003). Comorbilidad en trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 Suppl 1, S68-78.
- Barbaresi, W., Katusic, S., Colligan, R., Weaver, A., Pankratz, V., Mrazek, D., y Jacobsen, S. (2004). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatrica Supplement*, 93(445), 55-59.
- Barbaresi, W; Katusic, S; RColligan, R; et al. (2002). How Common Is Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? Incidence in a Population-Based Birth Cohort in Rochester, Minn. *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* Artículo 156(3):217-224.
- Barkley, R. (2006). The Nature of ADHD. In R. A. Barkley, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (third.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley, R. A. (1999). Niños hiperactivos. Editorial: Paidós Iberica. España. 320 págs.

- Barkley, R.A. (1995): Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales, Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. (1989). Hyperactive girls and boys: stimulant drug effects on motherchild interactions. *J Child Psychol Psychiatry*, 30, 379–390.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramirez, R., Bravo, M., Alegria, M., Martinez-Taboas, A., Canino, G., et al. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 883-898.
- Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T.J., McCreary, M., Faraone, S.V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent 157 and young adult females. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426-434.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., et al. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, 49(9), 728-738.
- Bio, U. B. (2005). Reflexiones sobre el Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) y sus implicancias educativas. *Horizontes Educativos*, número 10 , 51-56.
- Bitaubé, J. A., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. & Carretié Arangüena, L. (2009). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Jano*, 1729, 18-26.
- Brookes, K., Xu, X., Chen, W., Zhou, K., Neale, B., Lowe, N., Asherson, P., et al. (2006). The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. *Molecular Psychiatry*, 11(10), 934-953.
- Brown, T. E. (2000). Emerging Understandings of Attention-Deficit Disorders and Comorbidities. In T. E. Brown, *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults* (Vol. 160). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman H, et al. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*; 107: 43.

- Buitelaar, J.K. y Van Engeland, H. (1996). Epidemiological approaches. En S. Sandberg (Ed), *Hyperactivity disorders of childhood* (pp. 26-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Catalá-López F, Periró S, Ridao M et al. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*.
- Chimenó, C. (2018). Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Guía con todas las preguntas y respuestas. *Cognifit. Salud. Cerebro & Neurociencia*.
- Clark, D.B., Cornelius, J., Wood, D.S., y Vanyukov, M. (2004). Psychopathology risk transmission in children of parents with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 685-691.
- Cornellà J. (2010). Comorbilidad versus diagnóstico diferencial del paciente con TDAH. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*.
- Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. y Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40, 716-722.
- Criado, J.J., y Romo, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 37(9), 806-810. Crowley, M.J., Wu, J., Hommer, R.E., South.
- Cunningham, C., & Barkley, R. (1978). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive identical twins. *Dev Med Child Neuro*, 20(5), 634-642.
- Delgado Castro, I. (2003). Niños con déficit de atención: una odisea escolar. *Revista Domingo, El Nuevo Día*. pp. 10-13.
- Déu, F. S. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Recuperado el Septiembre de 2018.
- Del' Homme, M., Kim, T.S., Loo, S.K., Yang, M.H., y Smalley, S.L. (2007). Familial association and frequency of learning disabilities in ADHD sibling pair families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 55-62.
- Díaz, Marta Isabel. (2012). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Madrid: Desclée De Brouwer.

- Du Paul, G.J., Schaughency, E.A., Weyandt, L.L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K., y Stanish, H. (2001). Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 370-379.
- Du Paul, G., Power, J.T., Anastopoulos, A.D. y Reid, R. (1998). *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. Nueva York: Guilford Press.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*.
- Faraone, S.V., y Doyle, A.E. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2(2), 143-146.
- Félix Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 10, 4 (3), 623 - 642.
- García, D. R. (2011). Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia. *Revista Cihilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia*, Volumen 22, n° 2.
- García Chávez, M. I. & Hernández Vicente, E. I. (2009). Modificación de conceptos a padres y profesores en relación al TDAH. Tesis Doctoral. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- García García, M. D., Prieto Tato, L. M., Santos Borbujo, J., Monzón Corral, L.
- Hernández Fabián, A. & San Feliciano Martín, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69 (3), 244-250.
- García Lara, G. A.; Díaz Cancino, J. E.; Morales Estrada, R. A.; Aguilar López, G.; López Pérez, M. L.; Vargas Constantino, M. C.; Esquinca Torruco, M.; López Mancilla, J; Iber Pérez, J. & Torres García, M. A. (2006). Problemas escolares, de lenguaje y descriptores clínicos en niños preescolares con TDAH. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Universidad Pedagógica Nacional, Tuxtla Gutiérrez (México).
- García, D.A. y Polaino-Lorente, A. (1997). Breve aproximación histórica al concepto de hiperactividad infantil. In A. Polaino-Lorente (Ed.), *Manual de hiperactividad infantil*. (pp. 15- 26). Madrid: Unión Editorial.
- García, N., Quintero-Gutiérrez, F.J., Aragón, M., Clavel, M., Puente, R., Navas, M., et al. (2006). Estudio de comorbilidad en una muestra de pacientes diagnosticados de TDAH. Paper presentado en el X Congreso de la AEPIJ, Sevilla

- Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós.
- Gómez, R., Harvey, J., Quick, C., Scharer, I., y Harris, G. (1999). DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 265-274.
- Gramaje, A; Mateo, V. (2007). Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo en el contexto escolar.
- Guardiola, A., Fuchs, F.D., y Rotta, N.T. (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(2B), 401-407.
- Guerrero López, J. F. & Pérez Galán, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista RUEDES*, 2, 37-59.
- Hernandez M.P, (2016). Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con TDAH presentación Hiperactiva-Impulsiva. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 133-164.
- Heuyer, G. (1914 ). Enfants anormaux et delinquants juveniles. (Thèse DeMédecin.), Paris.
- Inostroza, F. (2007). El Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH/ADHS) desde un enfoque pedagógico. <http://ladimensionpsicopedagogica.bligoo.cl>.
- Ives, Eddy (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Barcelona, España.
- Jensen, P.S. (2001). Introduction-ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 134-136.
- Jensen, P.S., Shervette, R.E., 3rd, Xenakis, S. N., y Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1203-1209.
- Joselevich, E (compiladora).(2000).Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires. Paidós.



- Kim-Cohen, J., Moffitt, T.E., Taylor, A., Pawlby, S.J., y Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 173-181.
- Knellwolf, A.L., Deligne, J., Chiarotti, F., Auleley, G.R., Palmieri, S., Boisgard, C.B., Autret-Leca, E., et al. (2008). Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64(3), 311-317.
- Kowatch, R.A., Youngstrom, E.A., Danielyan, A., y Findling, R.L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*, 7(6), 483-496.
- Langley, K., Rice, F., van den Bree, M.B., y Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica*, 57(6), 359-371.
- Lawlis, Frank (2004). *The ADD Answer – How to help your child now*. New York: Viking Penguin, Penguin Books.
- Leung, P.W., Luk, S.L., Ho, T.P., Taylor, E., Mak, F.L., y Bacon-Shone, J. (1996). The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *The British Journal of Psychiatry*, 168(4), 486-496.
- Levy, F.; Hay, D. A.; McStephen, M.; Wood, C.; Waldman, I. (1997). Attention-Deficit hyperactivity disorder: Category or a continuum? Genetic analysis of a largescale twin study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence. Psychiatry*.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Lora Espinosa, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 69-114.
- Maximino, I. A.-S. (2009). *La atención primaria y el trastorno por Déficit de Atención con 7sin Hiperactividad (TDAH)*. Madrid.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., y Crowell, E.W. (2000). Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-24.
- McLoughlin, G., Ronald, A., Kuntsi, J., Asherson, P., y Plomin, R. (2007). Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 999-1008.

- Millán Lara, L. (2009). El Alumno Adolescente con TDAH (Manual de Estrategias para Profesores de Educación Secundaria). Tesis de Licenciatura. Universidad Pedagógica Nacional. México, DF.
- Miranda, A.; Roselló, B. y Soriano, M. (1998). Estudiantes con problemas atencionales. Valencia: Promolibro.
- Miranda, A., Presentación, M.J. y López, C. (1995). Contexto familiar y escolar de los niños con TDAH, agresivos y no agresivos. En F. Lara (comp.), Psicología evolutiva y de la Educación. Actas del IV Congreso INFAD (pp. 469-480). Burgos: Universidad de Burgos.
- Moraga, R. B. (2008). Evolución en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Madrid: Draft Editoras, S.L.
- MTA. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Archives of General Psychiatry, 56(12), 1073-1086.
- OMS. (1992). Clasificación Multiaxial de los Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10). Panamericana.
- Orjales Villar, Isabel (2002). Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE, S.L.
- Peña, J.A., y Montiel, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. Revista de Neurología, 36(2), 173-179.
- Phinheiro, D. P. (2018). TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. MD, SAÚDE .
- Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. Journal of Clinical Psychiatry, 59 Suppl 7, 50-58.
- Polanczyk G et al. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry.
- Presentación, M.J., y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. Infancia y Aprendizaje, 28(3), 261-275.
- Ramos-Quiroga, J; Trasovares, M; Bosch, R; Nogueira, M; Roncero, C; Castells, X; Martínez, Y; Gómez, N; Casas, M. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y drogodependencias. rRevista de toxicomanías. Universidad Autónoma de Barcelona. España

- Rief, Sandra F. (1999). ¿Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA-TDAH. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rodríguez-Salinas Pérez, E., Navas García, M., González Rodríguez, P., Fominaya. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). Revista Pediatría de Atención Primaria, Vol.8. España
- Rosenshain, R (13 de julio de 2015). Panamá se sensibiliza con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. La Prensa.
- Lo invitamos a utilizar las herramientas para compartir el artículo vía email o redes sociales. Todo el contenido de [www.prensa.com](http://www.prensa.com) pertenece a Corporación La Prensa, S.A. razón por la cual, el material publicado no se puede reproducir o copiar o transmitir sin previa autorización. Le agradecemos su cooperación y sugerencias a [web@prensa.com](mailto:web@prensa.com) o llámenos al 323-6400.
- Roca Rodríguez, P (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah) y potenciales evocados cognitivos: relación del componente p300 con los perfiles neuropsicológicos. Universitat Jaume I. España.
- Scahill, L., y Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 9(3), 541-555.
- Sances Masero, C. (2009). Intervención Familiar Grupal en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Tesis de Licenciatura. Universidad Abat Oliba CEU.
- Sardinero, A. (2017). Aventura Pirata. Entrenamiento de la atención y de las funciones ejecutivas mediante Autoinstrucciones. Madrid: TEA Ediciones.
- Scandar, Rubén O. (2003). El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento. Buenos Aires: Editorial Discal, SRL.
- Sibón, A. M. (2010). ¿Qué es el TDAH? Innovación y experiencias educativas, 28, 1-10.
- Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., Lehman, B.K., Faraone, S.V., y Norman, D. (1992). Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31(3), 439-448.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Moilanen, I.K., Loo, S.K., Taanila, A., Ebeling, H., Jarvelin, M.R., et al. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(12), 1575-1583.

- Spencer, T.J., Biederman, J., y Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1 Suppl), 73-81.
- Sprich-Buckminster, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E., y Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1432-1437.
- Sotilo, C. C. (2018). *Terapia Cognitiva Conductual TCC. Guía con todas las preguntas y respuestas*. Cognifit. Salud & Neurociencia .
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien-Sentirse bien. Manual Páctico de TCCC para niños y adolescentes*. España: Desclée De Brouwer, S.A.
- Strang-Karlsson, S., Raikkonen, K., Pesonen, A.K., Kajantie, E., Paavonen, E.J., Lahti, J., Andersson, S., et al. (2008). Very low birth weight and behavioral symptoms of attention deficit 200 hyperactivity disorder in young adulthood: the Helsinki study of very-low-birth-weight adults. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1345-1353.
- Swain, J.E., Scahill, L., Lombroso, P.J., King, R.A., y Leckman, J.F. (2007). Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 947-968.
- Szatmari, P., Offord, D.R., y Boyle, M.H. (1989). Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 219-230.
- Understood, E. d. (2018). Síntomas del TDAH a diferentes edades. Obtenido de <https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/signs-symptoms/could-your-child-have/signs-of-adhd-at-different-ages>
- Valencia, F. D. (2018). TDAH: Un desafío escolar y familiar ¿Estamos preparados para enfrentarlo? Obtenido de Monografía.con.Salud.Enfermedades: <https://www.monografias.com/trabajos90/tdah-desafio-escolar-y-familiar/tdah-desafio-escolar-y-familiar.shtml>
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., y Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives in General Psychiatry*, 54(4), 329-336.
- Willcutt, E.G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499.

- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21:655-79.
- Wozniak, J., Biederman, J., Mundy, E., Mennin, D., y Faraone, S.V. (1995). A pilot family study of childhood-onset mania. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1577-1583.
- Ygual, A., Miranda, A., y Cervera, J.F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 34(1), 193-202.

## **ANEXOS**

## **Anexo No. 1**

### **Hoja informativa para padres**

El programa que se desarrollará se llama Aventura pirata, es de corriente Cognitiva conductual, explicamos un poco los orígenes del programa.

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. La TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

¿Cómo funciona? La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. De ella pueden derivarse: f Pensamientos f Emociones f Sensaciones físicas f Comportamientos Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto.

Objetivos del programa: Aventura Pirata:

El programa Aventura Pirata tiene como finalidad enseñar a los niños y a las niñas a hablarse a sí mismo, empleando una estructura organizada de instrucciones, para que puedan resolver de manera independiente tareas académicas y cognitivas de una forma atenta y reflexiva.

En entrenamiento se centra en ayudar al niño a desarrollar y utilizar de manera sistemática habilidades como: reconocer las demandas específicas de la actividad académicas a completar, planificar y generar estrategias para solucionar eficazmente los problemas, ser capaz de actuar siguiendo un orden y dedicando esfuerzo atencional y por último , desarrollar el hábito de revisar sus tareas una vez completadas las demandando menos supervisión adulta, valorando sus éxitos y aprendiendo de sus errores.

El programa se compone de cuatro tareas que han sido diseñadas para ejercitar el esfuerzo atencional, la memoria de trabajo y algunas y algunas funciones ejecutivas.

Para incrementar su motivación, el programa Aventura Pirata está planteado como una historia en la que el niño o la niña participa como si fuera el capitán del barco pirata, que se enfrenta a muchos desafíos en un viaje fantástico. Cada tarea de cada nivel presenta una misión que será encomendada al capitán del barco, que tiene que cumplir para que el viaje siga su curso.

Estaremos trabajando la atención selectiva, dividida y sostenida, que comentaremos a continuación:

La atención es la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes. Es decir, la atención es el proceso cognitivo que nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes y procesarlos para responder en consecuencia. Esta capacidad cognitiva es de gran importancia, pues la usamos a diario. Afortunadamente, podemos mejorar la atención con un plan adecuado de entrenamiento cognitivo.

Tipos de atención:

- Atención sostenida: Se trata de la capacidad de atender a un estímulo o actividad durante un largo periodo de tiempo.
- Atención selectiva: Es la capacidad de atender a un estímulo o actividad en concreto en presencia de otros estímulos distractores.
- Atención dividida: Se puede definir como la capacidad que tiene nuestro cerebro para atender a diferentes estímulos o actividades al mismo tiempo.

El programa tendrá una duración de 7 semanas, en los períodos de Homeroom Period, luego que los estudiantes hayan terminado sus períodos académicos.

Agradecemos su colaboración para el éxito del programa.

Atentamente,

Sub Dirección Psicopedagógica

El Colegio de Panamá



## Anexo No. 2

### Modelo de Consentimiento informado

“Terapia Cognitiva Conductual Aventura Pirata”, para mejorar los procesos de atención selectiva, sostenida y dividida y los niveles de impulsos en niños de ambos sexo, con edades entre los 10 y los 12 años que presentan Déficit de Atención e Hiperactividad.

Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellido):

a. Declaro que se me ha facilitado información verbal y escrita, y comprendo el significado del tratamiento.

b. Declaro que he podido hacer preguntas sobre el mismo y aclarar las dudas que me han surgido.

c. Declaro que he recibido información escrita sobre el propósito y desarrollo de la terapia.

d. Comprendo que mi participación es voluntaria y en ningún momento se me ha obligado a hacerlo.

e. Comprendo que puedo retirarme del tratamiento:

- Cuando lo desee y crea conveniente
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto afecte negativamente en los procesos educativos que recibo actualmente.

Presto de manera voluntaria mi conformidad para participar en este estudio.

Panamá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Firma del Padre

---

Cédula

---

### **Anexo No. 3**

#### **PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA INICIAL**

##### **CASO NO. 1**

##### **DATOS GENERALES**

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad

Sexo:

Domicilio:

Estado

Nivel de Educación:

Ocupación:

Referido por:

Motivo de Consulta:

Descripción del paciente:

Historia del paciente:

**Anexo No. 4**

**EXAMEN MENTAL**

**Conciencia** \_\_\_\_\_

**Orientación: Temporal** \_\_Si \_\_No

**Espacial** \_\_Si \_\_No

**Autopsíquica** \_\_Si \_\_No

**Aspecto**

**general** \_\_\_\_\_

**Actitud: Cooperador** \_\_

**Desinterés** \_\_

**Defensiva** \_\_

**Tenso** \_\_

**Suspica** \_\_

**Seductora** \_\_

**Ideas de tristeza** \_\_Si \_\_No **Llanto fácil** \_\_Si \_\_No **Ideas autolíticas** \_\_Si \_\_No.

**Expkique** \_\_\_\_\_

**Sueño: Insomnio** \_\_

**Hipersomnia** \_\_

**Afectividad:** \_\_alegría \_\_tristeza \_\_ansiedad \_\_irritabilidad \_\_miedo \_\_disociación ideo  
afectiva \_\_labilidad afectiva \_\_aplanamiento afectivo

**Lenguaje: Ritmo: velocidad** \_\_\_\_\_

**Bloqueo** \_\_\_\_\_

**Afasia** \_\_\_\_\_

**Concentración:** \_\_adecuada \_\_disminuida

**Memoria:** \_\_conservada \_\_disminuida

**Pensamiento:** \_\_curso lógico \_\_logorrea \_\_disminuido

**Contenido del pensamiento:**

**1. Delirio** \_\_referencia

\_\_persecutorio

\_\_influencia

\_\_hipocondriaco

\_\_erótico

\_\_celotipia

\_\_grandeza

\_\_transformación corporal

\_\_culpa o pecado

\_\_nihilista o negación (el mundo se ha acabado)

**2. Obsesiones:** idea intrusiva, repetitiva y egodistónica

**3. Ideas sobrevaloradas:** convicciones asociadas a estados afectivos acentuados que presenta el individuo

**4. Ideas suicidas:** ideas de autoeliminación y autoagresión

**IMPRESIÓN**

**DIAGNÓSTICA** \_\_\_\_\_

**Plan**

**terapéutico** \_\_\_\_\_

**Anexo No. 5**  
**ESTUDIO DE CASOS**  
**Sujeto # 1**

**Datos generales:**

N. V.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 11 años

**Sexo** Femenino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Dificultades en las calificaciones, se distrae con mucha facilidad y es muy dependiente

**Cognitivo:** Trabaja en clases, siempre y cuando esté motivada. Cuando recibe apoyo de tutoría, sale bien en los ejercicios.

**Afectivo:** preocupación, tímida

**Conductual:** habla sin medir lo que dice y a quién lo dice.

**Motivacional:** Le gusta que los maestros le escuchen sus cosas en medio de las clases.

**Historia de la enfermedad actual:** Actualmente es una persona que realiza todas las Actividades de la escuela, pero le cuesta tener la comprensión de los temas, sus calificaciones son bajas, su tutora se muda de país y está desorganizada en los estudios.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres y un hermano de 13 años. Tiene una posición económica muy buena. Lleva adecuación no significativa en el colegio al cual asiste, con un apoyo del un especialista del nivel. Nació a los 7.5 meses, su madre sufrió preeclampsia.

**Historia personal:** Es una niña muy cariñosa, está consciente que le cuesta entender las cosas a la primera, tiene algunas amigas de otros salones, su nacimiento fue por cesárea y a los 3 años se le detectó problemas para hablar y dormir, se le detectó sordera. Se le corrigió con un implante coclear en ambos oídos. Llevó terapia de fonoaudiología. Actualmente habla bien. Se le integra en los trabajos grupales, para que participe con el grupo.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 9 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales.

## Sujeto # 2

### **Datos generales:**

A. T.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 11 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Calificaciones muy bajas, se distrae con mucha facilidad, no trabaja en clases.

Cognitivo: No trabaja en clases, todo lo deja incompleto. Recibe apoyo de tutoría, y sale mal.

Afectivo: no le preocupa su situación académica, porque no está consciente de ella.

Conductual: habla sin medirse, se muestra como ausente durante las clases.

Motivacional: Trabaja solo cuando su grupo de amigo esta cerca o hacen grupos de trabajo, solo copia las respuestas de ellos.

**Historia de la enfermedad actual:** Actualmente es una persona cuyas calificaciones son deficientes, inició muy motivado el año escolar y luego decayó. Además del TDAH, presenta inmadurez y problemas de memoria a corto plazo. Por más atención individualizada que se le brinde, le cuesta mantener la atención y comprensión.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres y su hermana que es menor. Tiene una posición económica muy buena. Lleva adecuación no significativa en el colegio al cual asiste, con un apoyo del un especialista del nivel.

**Historia personal:** Es una niño muy despistado, no reconoce que no hace las cosas, discute que si trabaja. Se puede quedar un largo tiempo distraído en algo, sin tomar en cuenta el tiempo transcurrido. En otras ocasiones no se queda quieto (levantado o hablando). Se lleva muy bien con sus compañeros, pertenece a un equipo de futbol americano del colegio.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 9 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. Presenta inmadurez y problemas de memoria, no presenta antecedentes de enfermedades mentales.

### **Sujeto # 3**

**Datos generales:**

D. M.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Se distrae con mucha facilidad, intranquilidad, desorganización, no trabaja en clases.

Cognitivo: No trabaja en clases, todo lo deja incompleto. Olvida sus libros y cuadernos. Dificultad en el área motora.

Afectivo: Si le interesa el tema le pone interés y sale bien en sus calificaciones. Le cuesta iniciar y terminar las actividades.

Conductual: habla mucho y está pendiente a todo lo que dicen y hacen los demás, y siempre emite un comentario. Su trabajo es lento se distrae con facilidad.

Motivacional: Trabaja solo cuando le interesa o le gusta el tema o cuando su mamá le exige.

**Historia de la enfermedad actual:** Es un niño muy activo, actualmente presenta un desempeño dentro de lo normal, no sigue un tratamiento ni es medicado. Trabaja solo. El nivel de atención y concentración está supeditado a su interés, si le motiva trabaja y lo intenta comprender a la primera, si no, simplemente no trabaja.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres y su hermana que es menor. Tiene una posición económica muy buena. Ambos padres muy ocupados en sus trabajos, generalmente estudia solo, esporádicamente su madre está pendiente a su desempeño.

**Historia personal:** Es una niño muy activo, se lleva bien con sus compañeros y tiene muchos amigos, pertenece al equipo de football del colegio Este año ha mejorado sus rendimiento académico y conductual, con respecto a los años anteriores.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 10 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.

## **Sujeto # 4**

### **Datos generales:**

J. E.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Es muy negativo, no trabaja en clases y calificaciones muy bajas

**Cognitivo:** No trabaja en clases, todo lo deja incompleto. Siempre dice que no puede

**Afectivo:** Antes de iniciar la explicación opina que no va a entender, todo lo quiere hacer en casa, para que su papá le apoye.

**Conductual:** habla muy poco y tiene pocos amigos, (es nuevo en el colegio). Su trabajo es lento, se distrae con facilidad.

**Motivacional:** No manifiesta interés por nada, hace las cosas que se le piden, pero sin resultados positivos.

**Historia de la enfermedad actual:** Es un niño muy pasivo, actualmente presenta un desempeño regular bajo, no sigue un tratamiento ni es medicado. Trabaja con su papá y un tutor. El nivel de atención y concentración se ve afectado por su actitud negativa.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres y un hermano que es menor. Tiene una posición económica muy buena. Son extranjeros y este es el tercer país donde han vivido. Ambos padres son muy colaboradores y dicen que en los otros años no habían tenido tantas dificultades.

**Historia personal:** Es una niño muy tímido, casi no tiene amigos, es muy ansioso. Al recreo se queda en el salón de clases, no le gusta participar en actividades escolares. Llegó al colegio este año.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 10 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.



## **Sujeto # 5**

### **Datos generales:**

V. A.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Femenino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Dificultades en la atención y concentración de las clases

**Cognitivo:** Se esfuerza por tratar de concentrarse en clases

**Afectivo:** este año está muy motivada por mejorar sus calificaciones y lo está logrando

**Conductual:** Se distrae con facilidad, hablando mucho con sus amigas en el salón de clases.

**Motivacional:** Los resultados que está obteniendo, la motivan por preocuparse por realizar las prácticas y las asignaciones que se dejen.

**Historia de la enfermedad actual:** Es una niña que intenta ser aplicada, actualmente presenta un desempeño regular, no sigue un tratamiento ni es medicado. El nivel de atención y concentración lo está manejando bastante bien, solo que hay que estar apoyándola.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres, es hija única. Tiene una posición económica muy buena. La dinámica familiar es buena, le brindan todo el apoyo que necesita. En su familia tiene un tío con problemas mentales y un primo del papá con problemas de consumo de drogas.

**Historia personal:** Es una niña con grupo de amigas muy cercanas, le gusta preocuparse por su apariencia personal, este año sus desempeño académico ha mejorado mucho. Aparenta tener control de las situaciones que exigen atención. Le sigue costando lo referente a problemas analíticos. Se come las uñas, atención muy corta, más pequeña no presentaba claridad al hablar, presentaba estrabismo, se le corrigió. Sufre de asma, infecciones en el oído, resfriados frecuentes.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 9 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.

## **Sujeto # 6**

### **Datos generales:**

V. B.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 11 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Dificultades en la atención y concentración de las clases

**Cognitivo:** La comprensión de los temas se le hace difícil a la primera explicación, lleva adecuaciones no significativas.

**Afectivo:** se manifiesta desinteresado en las actividades escolares. Sus calificaciones son bajas y no le preocupa

**Conductual:** Se distrae con facilidad, hablando mucho, hace ruidos y movimientos durante las clases

**Motivacional:** Cuando se le apoya individualmente en las explicaciones, se interesa y puede lograr una mejor comprensión de los temas y le ayuda a obtener calificaciones aceptables.

**Historia de la enfermedad actual:** actualmente presenta un desempeño regular, no sigue un tratamiento ni es medicado. El nivel de atención y concentración durante las clases es mínimo, sus calificaciones están bajando cada vez más..

**Historia familiar** Vive actualmente con su madre, la abuela y dos hermanos, uno es mayor y el otro es menor. Su papá vive en Estados Unidos. Sus padres están divorciados.

**Historia personal:** Es un niño que manifiesta dificultad en las relaciones con otros compañero, sus compañeros lo aceptan e intenta entablar comunicación con ellos, durante las clases hace ruidos, movimientos corporales, deja sus trabajos incompletos, se ausenta con mucha frecuencia a las clases. Lleva adecuaciones no significativas y recibe apoyo de la especialista del nivel.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 9 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.

## **Sujeto # 7**

### **Datos generales:**

A. A.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Calificaciones muy bajas, dificultades para concentrarse y trabajar en el salón de clases

**Cognitivo:** Se le dificulta la concentración y el trabajo diario en clases, presenta problemas en la atención sostenida, dividida y funciones ejecutivas, evaluadas en marzo del 2018.

**Afectivo:** se manifiesta desinteresado en las actividades escolares. Sus calificaciones son bajas y no le preocupa

**Conductual:** Se distrae con facilidad, está muy pendiente a lo que hagan y digan sus compañeros para opinar al respecto, buscando la confrontación.

**Motivacional:** Por más que se le brinde apoyo personalizado, no se aprecia ningún a diferencia en la comprensión de los temas.

**Historia de la enfermedad actual:** actualmente presenta un desempeño deficiente, no sigue un tratamiento ni es medicado. El nivel de atención y concentración durante las clases es mínimo, sus calificaciones están muy bajas.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres, dos hermanos mayores y uno menor. Su padre está enfermo, pero él no lo sabe

**Historia personal:** Es un niño solitario, no tiene amigos, llegó como oyente al colegio en agosto. En su colegio anterior llevaba adecuaciones significativas. Al llegar al colegio como oyente, su desempeño no fue efectivo, a pesar que tenía tres tutores en casa, sus calificaciones eran deficientes.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 10 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.

## **Sujeto # 8**

### **Datos generales:**

N. M.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Masculino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Calificaciones muy bajas, dificultades para concentrarse y trabajar en el salón de clases

**Cognitivo:** Le cuesta mantener la atención durante las clases, afectando el trabajo diario y los resultados en las pruebas. Le cuesta las lecturas, redacción y análisis, matemáticos

**Afectivo:** se manifiesta desinteresado en las actividades escolares. Sus calificaciones son bajas.

**Conductual:** Se distrae con facilidad, habla demasiado durante las clases, se levanta sin razón de su puesto.

**Motivacional:** Solo se interesa en algunos momentos, cuando el maestro le brinda atención personalizada. No recibe apoyo de casa.

**Historia de la enfermedad actual:** actualmente presenta un desempeño deficiente, no sigue un tratamiento ni es medicado. El nivel de atención y concentración durante las clases es mínimo, sus calificaciones van desmejorando cada vez más.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres, un hermano menor. Son padres trabajan todo el día y la pasan con la empleada.

**Historia personal:** Es un niño muy activo dentro y fuera del salón de clases. Se lleva bien con sus compañeros. Su desempeño escolar es deficiente, todos los trabajos los deja incompletos. No hay apoyo de casa.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 10 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.

## Sujeto # 9

### Datos generales:

A. P.

**Escolaridad** Cursa el 6° grado

**Edad** 12 años

**Sexo** Femenino

**Profesión** Estudiante

**Motivo de consulta:** Calificaciones muy bajas, dificultades para concentrarse y trabajar en el salón de clases

Cognitivo: Calificaciones bajas y dificultad en la atención

Afectivo: Manifiesta desinterés en las actividades escolares. Sus calificaciones son bajas.

Conductual: Se distrae con facilidad, se distrae con cualquier elemento que tenga al alcance.

Motivacional: No muestra ningún tipo de interés por las actividades académicas manifiesta cansancio, agotamiento a la hora de trabajar en clases. Recibe poco apoyo de casa.

**Historia de la enfermedad actual:** actualmente presenta un desempeño deficiente, no sigue un tratamiento ni es medicado. El nivel de atención y concentración durante las clases es mínimo.

**Historia familiar** Vive actualmente con sus padres, dos hermanos mayores. El segundo presenta problemas de aprendizaje que lo comprometen, Son padres muy ausente y que esperan que el colegio les resuelva todas las dificultades con el desempeño de su hija, no hay compromisos..

**Historia personal:** Es una niña muy tímida dentro del salón de clases, pero en los recreos presenta otra conducta diferente: es sociable, juega, conversa con sus amigas. Su desempeño escolar es deficiente, todos los trabajos los deja incompleto, lleva adecuaciones significativas, recibe mucho apoyo de la especialista del nivel.

**Historia médica:** Refiere presentar TDAH, se lo diagnosticaron a los 10 años, en su momento se le brindó los tratamientos necesarios para el TDAH, actualmente no recibe medicación ni sigue una terapia. No presenta antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades físicas.